



# Palveluyhteenveto pakko-oireisen nuoren avohoidosta poliklinikalla

Salminen, Panu

2016 Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Otaniemi

## Palveluyhteenveto pakko-oireisen nuoren avohoidosta poliklinikalla

Panu Salminen  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Maaliskuu, 2016

"kuin eläisi häkissä,  
kaikki on kiellettyä;  
elämästä on vaikea nauttia  
kun pitää vältellä"

- nuori 15v., diagnoosina pakkoajatuspainotteinen pakko-oireinen häiriö

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Otaniemi  
Hoitotyön koulutusohjelma

Tiivistelmä

Panu Salminen

Palveluyhteenveto pakko-oireisen nuoren avohoidosta poliklinikalla

Vuosi 2016 Sivumäärä 75

Pakko-oireiset nuoret ovat erikoissairaanhoidon poliklinikoilla varsin yleinen potilasryhmä. Näyttöön perustuuden vaatimuksen kasvaessa mallinnetaan hoitoja laadun yhtenäistämiseksi, jotta kaikki saisivat mahdollisimman tasalaatuaista hoitoa. Hoitomalleja ja manualisoituja hoitoja on jo olemassa joistakin potilasryhmistä. Pakko-oireisen nuoren hoidon yhtenäistäminen olisi tärkeää.

Tässä opinnäytetyössä etsittiin uutta ja relevanttia tietoa pakko-oireisen nuoren hoidosta. Systemaattisen tiedonhaun ja kirjallisuuslähteiden pohjalta pohdittiin sitä, millaista laadukas polikliininen pakko-oireisen häiriön hoito olisi. Pohdinta tiivistettiin palveluyhteenvedoksi, tiiviiksi yhden sivun kokoiseksi kuvaukseksi siitä, millainen hoitoprosessi voisi olla, mitä elementtejä se voisi pitää sisällään ja kuka sitä voisi toteuttaa.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tehtiin käyttäen kolmea ulkomaista (Chinal, Cochran ja PubMed) ja yhtä kotimaista (Medic) viitetietokantaa. Haku tuotti 332 viitettä, joista lopulliseen katsaukseen valittiin 30 tutkimusta tai artikkelia. Niistä 29 oli englanninkielistä ja yksi oli suomenkielinen kirjallisuuskatsaus.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia osoittautui kansainvälisesti suositelluimmaksi hoidoksi nuorten pakko-oireisiin. SSRI-lääkehoitoa suositellaan kognitiivisen käyttäytymisterapian ohella, mikäli oireet ovat vaikea-asteiset eikä kognitiivinen käyttäytymisterapia osoittaudu riittäväksi.

Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan pakko-oireisessa hoidossa käytettävä altistus ja reaktion ehkäisy on tutkitusti tehokas ja sen systemaattinen implementointi nuorisopsykiatriaan tulisi asettaa tavoitteeksi. Perheen mukaan ottaminen hoitoon nuoren kanssa neuvotellen tukee paranemista. Tietokone- ja puhelinvälitteiset kognitiivisen käyttäytymisterapian sovellukset vaikuttavat lupaavilta ja lisäisivät hoidon saatavuutta pakko-oireista kärsiville nuorille.

Asiasanat: nuori, nuorisopsykiatria, näyttöön perustuva, pakko-oireinen häiriö, palveluyhteenveto, psykiatrinen avohoito, systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Laurea University of Applied Sciences  
Otaniemi  
Nursing

Abstract

Panu Salminen

Service description of the treatment of adolescent OCD outpatient

Year	2016	Pages	75
------	------	-------	----

Adolescent patients with obsessive-compulsive disorder is a quite common patient group in psychiatric outpatient clinics. To assure that every patient receives treatment of equal quality, evidence-based treatment models are planned and applied. Treatment models and manualized therapies already exist among some adolescent patient groups. It would be important to unify the OCD treatment procedures within the adolescent psychiatry.

In this thesis new and relevant information about adolescent OCD patients have been searched. It includes contemplation on the question about good quality outpatient OCD treatment in clinic setting based on systematic review and literature. The discussion is summarized in a service description containing description on the treatment process within one single page.

Systematic literature review was conducted using three international (Chinal, Cochran and PubMed) and one domestic (Medic) reference databases. A total number of 332 references were found of which 29 English articles or studies and one Finnish review were manually selected to this review.

Cognitive behavioral therapy was found to be the golden standard as OCD treatment of adolescent population. A combination of CBT and SSRI pharmacotherapy is widely recommended if the symptoms are more severe and CBT does not help as monotherapy.

As a part of cognitive behavioral therapy the exposure and response prevention is considered efficient and it should be systematically implemented to OCD treatment of adolescent population in outpatient clinic setting. Including the patient's family to the treatment improves the outcome of the treatment if conducted in co-operation with the adolescent patient. Technology-assisted cognitive behavioral therapy by computer or telephone is experienced promising and would make the treatment easier to access.

Keywords: adolescent, evidence based, obsessive-compulsive disorder, ocd, outpatient, service description, systematic literature review, treatment



### Lyhenneluettelo

CBGT (Cognitive Behavioral Group Therapy) = ryhmämuotoinen kognitiivinen käyttäytymisterapia

CBT (Cognitive Behavioral Therapy) = KKT (kognitiivinen käyttäytymisterapia)

ERP (EX/RP, Exposure and Response Prevention) = altistaminen ja reaktion (rituaalin) ehkäiseminen = ARE (kirjoittajan käyttämä epävirallinen lyhennys)

FA (Family Accommodation) = perheen sopeutuminen, perheen mukautuminen oireisiin

OCD (Obsessive Compulsive Disorder) = pakko-oireinen häiriö

RCT (Randomised Controlled Trial) = satunnaistettu vertailututkimus

SUDS (Subjective Units of Discomfort) = subjektiivisen ahdistuksen/häiriöyksikön skaala

## Sisällys

1	Johdanto .....	9
2	Pakko-oireinen häiriö - teoreettinen tausta.....	10
2.1	Nuorisopsykiatria .....	10
2.2	Nuoren pakko-oireinen häiriö .....	10
2.3	Pakko-oireisen häiriön hoitomuodot .....	15
2.3.1	Psykoterauttiset hoitomuodot .....	15
2.3.2	Lääkehoito.....	20
2.3.3	Uudet biologiset hoitomuodot .....	21
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet.....	22
4	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus - tiedonhaku .....	23
4.1	Tietolähteet ja tiedon käsittely .....	23
4.2	Tietokannat, rajausperusteet ja systemaattisuus.....	24
4.3	Sisäänottokriteerit .....	26
4.4	Poissulkukriteerit.....	27
4.5	Hakutulokset .....	27
5	Palveluyhteenveto - haetun tiedon sovellus .....	53
6	Pohdinta .....	55
6.1	Opinnäytetyön tulosten tarkastelua .....	55
6.2	Kirjoittajan näkemyksiä pakko-oireisen nuoren hoidosta .....	56
6.3	Eettisyys .....	59
6.4	Prosessi.....	59
6.5	Luotettavuus .....	60
6.6	Jatkoselvitykset .....	60
	Lähteet .....	62
	Taulukot .....	68
	Liitteet .....	69



## 1 Johdanto

Pakko-oireisen nuoren hoito erikoissairaanhoidossa on hyvin vähän tutkittu alue. Pakko-oireisen nuoren hoidosta ei ole tehty kansallista käypähoitosuositusta, joita nuorisopsykiatrian alalta on muihin potilasryhmiin liittyen tällä hetkellä kaikkiaan kuusi kappaletta (Käypä hoito 2016).

Opinnäytetyön taustalla on kysymys siitä, miten pakko-oireisia nuoria on näyttöön perustuvien menetelmin onnistuneesti ja tehokkaasti hoidettu avohoidossa Suomessa ja ulkomailla. Työn tarkoituksena on selvittää pakko-oireisen häiriön tehokkaat hoitomuodot ja hoitomallit etsimällä tietoa systemaattisella kirjallisuuskatsauksella sekä hyvin valikoiduista kirjallisuuslähteistä. Opinnäytetyön tavoitteena on soveltaa käytäntöön haettua tietoa suunnittelemalla palveluyhteenvedo eli tiivis hoitomalli siitä, millaista olisi avohoitona annettava nuorisopsykiatrian poliklinikoiden optimaalinen hoito nimenomaan pakko-oireisen nuoren kohdalla.

Työn alussa olevassa teoriaosuudessa on tietoa pakko-oireisestä häiriöstä sekä sen hoidosta fokusoiden etenkin nuorisopsykiatriaan. Siinä selitetään myös aihepiiriin liittyviä keskeisiä käsitteitä. Tiedonhaku-osuudessa selitetään systemaattisen tiedon haun periaatteita sekä esitellään tässä työssä käytetyt tietokannat, tiedonhaun rajaukset ja hakutulokset. Palveluyhteenvedo-osassa tiivistetään haettua tietoa käytännössä sovellettavaan muotoon. Työn lopussa on pohdinta-osuus, mikä sisältää pakko-oireisen nuoren hoitoon liittyvää reflektointia liittyen nyt haettuun tieteelliseen tietoon, että aikaisempaan kokemukseräiseen tietoon.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on tällä hetkellä suositeltu terapiamuoto nuorten pakko-oireiseen häiriöön. Kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikuttavuudesta löytyy useita tutkimuksia (Bjorgvinsson ym. 2008; Foa ym. 2013; Krebs ym. 2015; Olino ym. 2011), mutta sen soveltamista avohoidon poliklinikoilla koskevia tutkimuksia löytyy vähemmän (Farrell ym. 2010; Williams ym. 2010). Näiden tutkimusten tulokset ovat kuitenkin lupaavia ja tulokset sovellettavissa myös Suomessa. Tietoa kognitiivisten käyttäytymisterapian OCD-spesifien menetelmien käytöstä nuorisopsykiatrian poliklinikoilla Suomessa ei löytynyt.

Opinnäytetyön teko oli oppimisprosessi, jonka tulokset toivottavasti herättävät ideoita pakko-oireisen nuoren hoidon kehittämiseksi ja johtavat käytännön hoitotyön laadun paranemiseen nuorisopsykiatrian avohoidon poliklinikoilla.

## 2 Pakko-oireinen häiriö - teoreettinen tausta

### 2.1 Nuorisopsykiatria

Nuorisopsykiatria tarkoittaa nuorisoiäisille suunnattua psykiatrasta työtä. Tämä ikäryhmä jaetaan kliinisessä työssä vielä alaryhmiin varhaisnuoruus, keskinuoruus ja myöhäisnuoruus. Tämä jaottelu on tärkeää, koska nuoruusikäisen kehityksessä on suuri ero jos vertaa esimerkiksi 13-vuotiaasta 18-vuotiaaseen. Välillä 13-vuotias poika on vielä selkeästi lapsi, joka ei ole kunnolla edes varhaisessa puberteetissa kun taas esimerkiksi 18-vuotias nuori nainen voi ajatella ja toimia jo hyvin aikuisella tavalla. (Lönqvist ym. 2014.)

Psykiatrian sisällä omana erikoisalanaan nuorisopsykiatria on toiminut vuonna 1999 alkaen (asetus erikoislääkäritutkinnoista 1999); siihen saakka nuorisopsykiatria saattoi kyllä erikoistua jo vuodesta 1979 alkaen, mutta vain lasten- tai aikuispsykiatrian suppeana erikoisalana. Kehitys Suomessa on poikennut suuresti ”eurooppalaisesta mallista”, missä nuorisopsykiatrian koulutus- ja hoitomallit yleensä kuuluvat aikuispsykiatrian koulutusrungon alaisuuteen. Suomi on näin ollut ensimmäinen maa Euroopassa, missä nuorisopsykiatria on oma itsenäinen erikoisala omine palvelujärjestelmineen. (Nuorisopsykiatrinen yhdistys 2015.)

Suomi on ollut ainakin vielä vuosituhannen vaihteessa ainoa maa maailmassa, missä lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria ovat toisistaan erillään ja nuorisopsykiatria on oma erillinen lääketieteen erikoisalansa (Remschmidt & Engeland 1999).

Nuoriso -käsitteellä tässä työssä viitataan ikäryhmään 13-18 -vuotiaat nuoret, jotka Suomessa kuuluvat nuorisopsykiatrian piiriin erikoissairaanhoidossa.

### 2.2 Nuoren pakko-oireinen häiriö

Pakko-oireinen häiriö kuuluu ahdistuneisuushäiriö diagnooseihin ja siihen liittyy joko pakkoajatuksia, pakkotoimintoja tai molempia. Pakko-oireen pakko on nimenomaan sisäistä pakkoa (Niemi 2008, 7). Sitä voisi kutsua myös sisäsyntyiseksi pakoksi, ihmisen itse itselleen asettamaksi tai luomaksi, eikä sen syinä ole ulkoiset pakottavat tekijät. Pakkoajatukset ja pakkotoiminnot liittyvät toisiinsa; pakkotoiminnoilla pyritään vapautumaan pakkoajatuksien nostamasta ahdistuksesta, neutralisoimaan pakkoajatuksia (esim. Juva ym. 2011, 94; Furman 2002, 114; Kähkönen ym. 2001, 141).

Sairauden syytä ei tunneta, mutta sen riskitekijöitä kyllä. Niitä ovat mm. tietyt temperamentti- ja persoonallisuuspiirteet (sisäänpäin kääntyneisyys, estyneisyys), lapsuudenaikaiset traumat, ahdistuksen puutteellinen hallinta, muutokset ajattelussa (virheelliset ajatuskulut, ajatusvääristymät)

ja perimä. OCD vaikuttaa periytyvän oligogeenisesti eli usean geenin kautta ja pakko-häiriöihin yhdistetyt geenit vaikuttavat olevan yhteydessä välittäjäaineiden, etenkin serotoniinin ja glutamaatin, toimintaan. Perimän merkitys on kohtalainen. (Leppämäki & Savikuja 2014, 19-23, 33.)

Pakkoajatukset eli obsessiot ovat ei-toivottuja ja tunkeutuvia ajatuksia, epärealistisia huolia, mielikuvia tai mielihaluja, jotka tulevat toistuvasti mieleen (esim. Steketee 1999, 1; Furman 2002, 114; Leppämäki & Savikuja 2014, 14). Ne ovat itsepintaisia, toistuvia ja aiheuttavat ahdistusta ja jotka koetaan häiritsevinä tai sopimattomina (Anthony ym. 2008, 181). Ne voivat aiheuttaa myös pelkoja, syyllisyyttä, pidättyvyyttä ja surua (Steketee 1999, 1, 22). Ne voivat olla myös impulsiivista halua toimia, tehdä jotain (esim. vahingoittamishalu), mitä henkilö ei kuitenkaan toteuta (WHO).

Pakkotoiminnot eli kompulsiot ovat rituaalimaisia, toistuvia toimintoja, joiden tavoitteena on ahdistuksen estäminen tai vähentäminen (Anthony ym. 2008, 181; Leppämäki & Savikuja 2014, 14). Niihin liittyy usein jokin taikauskoinen kuvitelma, esim. jonkin pahan tapahtuman estäminen ja neutralisointi toistettavalla teolla (Anthony ym. 2008, 182; Furman 2002, 114; esim. Steketee 1999, 1). Kompulsioiden avulla pyritään hallitsemaan ahdistusta tai vapautumaan ainakin hetkeksi pelkojen aiheuttamasta ahdistuksesta ja nuo pelot voivat liittyä nimenomaan pakkoajatuksiin (Furman 2002, 113-114). Ahdistus voi syntyä myös siitä, että ihminen ymmärtää oireidensa järjettömyyden ja sen, että elämää kuluu hukkaan pitkien rituaalien toistamisessa (Leppämäki & Savikuja 2014, 14-15).

Rituaalit voivat olla sekä peitettyjä (mentaalisia, ajatuksissa tapahtuvia) että avoimia (käytöksellisiä, toiminnallisia) (Anthony ym. 2008, 181-182). Ajatteluritualisoinnissa käyttäytymismallit muistuttavat toistamispakkoa, mutta siinä toistuvat ritualistiset ajatukset, mikä voi ilmetä rukoilemisena, tiettyjen sanojen tai lauseiden toistamisena ja laskemisena (Foa ym. 1996, 24). Pakkotoimintojen vastustaminen ja estäminen aiheuttavat ahdistusta (WHO). Pakkotoimintojen mukaan potilaat voidaan myös luokitella dominoivan pakkotoiminnon mukaisesti alatyyppeihin, esimerkiksi käsien pesijöihin, tarkistajiin ja järjestelijöihin (Anthony ym. 2008, 183; Leppämäki & Savikuja 2014, 34).

Kahta eri pakko-oireisen häiriön muotoa on löydetty tutkimuksissa. Toinen alkaa varhain, juuri ennen murrosikää (alkaa keskimäärin 11 vuoden iässä, enemmän pojilla, yleisempi, vaikea-asteisempi, periytyvämpi, suurempi komorbideetti). Toinen muoto alkaa myöhään aivan murrosiän lopulla tai nuorena aikuisena (alkaa keskimäärin 23 vuoden iässä, enemmän naisilla, pakkoajatuspainotteisuus yleisempää). (Leppämäki & Savikuja 2014, 15, 81.) Suurin osa häiriön saneista vaikuttaa sairastuneen kuitenkin nuoruuden loppuvaiheessa tai varhaisaikuisuudessa, ennen 25 vuoden ikää (Steketee 2012, 32-33).

Sairauden alkamisajankohdalla näyttää olevan selkeä korrelaatio sen ennusteeseen. Lapsuudessa, hermostoverkkojen voimakkaan kypsymisen aikana alkanut oirehdinta voi johtaa hermostoverkkojen merkittävämpään poikkeavuuteen kuin aikuisena alkanut, mistä syystä myös ennuste on lapsuudessa alkaneessa OCD:ssä huonompi. Näin etenkin, jos samanaikaisesti ilmenee nykimisoireita. OCD:n alatyypeistä sen varhain (alle 11 vuoden iässä) alkavaa muotoa on enemmän pojilla kuin tytöillä ja siihen liittyy useammin nykimisoireita tai TS (Touretten syndrooma) kuin muihin muotoihin. Lisäksi siihen voi liittyä ADHD, eroahdistusta ja muita kehityksellisiä häiriöitä. Pakko-oireille onkin tyypillistä, että ne alkavat usein juuri lapsuudessa ja nuoruudessa. (Juva ym. 2011, 113-115.) Hoitoon hakeutuminen voi nuorella kestää aikuisten tavoin jopa 10 vuotta, aikuisikään saakka ja nuoruusiässä pakko-oireinen häiriö on yhtä yleistä tytöillä ja pojilla (Veale 2013, 296).

Nuoruusikäisen pakko-oireet eroavat aikuisten pakko-oireista etenkin pakkoajatusten kohdalla. Rintahaka viittaa Juvan (2011) kirjassa Swedon tutkimustuloksiin, missä lasten pakkoajatusten kaksi yleisintä tyyppiä ovat liian ja tarttumisen pelko ja pelko, että jotain kauheaa tapahtuu kun taas aikuisilla ne ovat kontaminaatiot ja väkivalta. Pakkotoiminnoista lapsilla ja aikuisilla kaksi yleisintä ovat pesurituaalit ja toimien toistaminen. (Juva ym. 2011, 116.)

Anita Puustjärvi viittaa Gelleriin todeten lasten ja nuorten tavallisimpien pakkoajatusten liittyvän likaisuuden, saastumisen tai tartunnan pelkoon, vahinkoon, joka aiheutuu itselle tai toiselle (toisen vahingoittaminen, joutuminen onnettomuuteen), tarkkuuden, toistamisen tai symmetrian tarpeeseen sekä omaan kehoon sekä sen toimintaan liittyvään asianmukaisuuteen. Lasten ja nuorten yleisimmiksi pakkotoiminnoiksi luetellaan pakonomainen peseminen, asioiden tarkistaminen ja varmistaminen, toimintojen toistaminen, koskettaminen pakonomaisesti sekä tavaroiden järjesteleminen. (Leppämäki & Savikuja 2014, 85.)

Murrosikäen tullessa seksuaalisuuteen ja siihen liittyvään häpeään liittyvät pakkoajatukset voivat tulla oirekuvaan (Leppämäki & Savikuja 2014, 85). Myös hylätyksi tulemisen pelkoon pakko-oireet sekä pakkotoiminnot ilman pakkoajatuksia ovat yleisempiä näissä ikäryhmissä kuin aikuisilla (Leppämäki & Savikuja 2014, 85-86). Täydellisyyteen pyrkivyyys, vaativat ja kontrolloivat luonteenpiirteet ovat usein oireiden takana (esim. Leppämäki & Savikuja 2014, 98).

Brown Obsession Compulsion Scale on Yalen yliopistossa kehitetty strukturoitu haastattelu, joka on laadittu erikseen lapsille (CY-BOCS) ja aikuisille (Y-BOCS) ja sillä voidaan ja tulisi arvioida oireiden vaikeus- ja haitta-astetta haastatellen nuori, hänen vanhempansa ja mukaan liittäen haastattelijan oma arvio. Y-BOCS on käännetty suomeksi ja saatavilla HUS:n neuropsykiatrian poliklinikalta. (Juva ym. 2011, 117.)

Hoitava henkilö voi helposti joutua toivottomuuden tunteen valtaan ja kokee kykynsä liian rajallisina, sillä muutokset ovat yleensä hitaita. Psykodynaamisen näkökulman mukaan tämä johtuu siitä, että nuori eristää tunteensa eikä kestä alussa ajatusta, että asiat voisivat muuttua paremmiksi. (Niemi 2008, 31.)

Pakko-oireiden alatyypeistä ”tiedostamattomuus” esiintyy erityisesti lapsilla ja nuorilla. Se viittaa potilaisiin, jotka eivät tiedosta pakkoajatustensa ja pakkotoimintojensa järjettömyyttä, vaikka tiedostavatkin niiden olemassaolon. Tiedostamisen astetta onkin syytä selvittää (Anthony ym. 2008, 182-183).

”Insight”, kyky oivaltaa ja ymmärtää omia oireitaan, näyttää vaikuttavan pakko-oireisen häiriön hoitotuloksiin ja muuttuvankin hoitoprosessin myötä. Uuden tiedon vastaan ottaminen oireita vastaan tarvittavan työn tekemiseksi helpottuu, kun oivalluskyky on hyvä. Tämä kyky saattaa olla suhteessa myös pakko-häiriön vaikeudenasteeseen. Tutkimustulokset aiheesta ovat jossain määrin ristiriitaisia. (Steketee 2012, 28-29.) Myös ikä vaikuttaa siihen, miten lapsi tai nuori suhtautuu oireisiinsa ja nuoruusikäisen pitäisi siksi päästä osallistumaan hoidolliseen päätöksentekoon hoitotavoitteiden ja menetelmien suhteen (Leppämäki & Savikuja 2014, 125).

OCD kuuluu ahdistushäiriöihin ja ahdistuksen hoidon yleisiä periaatteita voidaan soveltaa myös pakko-oireisen häiriön hoidossa. Kognitiiviset, käyttäytymisterapeuttiset, fyysiset (rentoutuminen, terveellinen elämä (nukkuminen, syöminen, liikunta, säännöllinen elämän rytmi) ja tunteidenhallintaan (potilaan oma, vanhempien / läheisten / primaariobjektin) perustuvat lähestymistavat ovat terapeuttisia. (Lebowitz & Omer 2013, 49-120.)

Erityispiirteitä lapsen ja nuoren pakko-oireissa ovat pakko-oireiden vaihtuminen toisiksi, toimintakyvyn lasku, kognitiivisten toimintojen heikkeneminen (muisti), minäkuvan kehittyminen negatiiviseksi sekä joskus päihteiden käyttö (Leppämäki & Savikuja 2014, 82-84). Murrosiässä seksuaalisuuden muutosten myötä myös seksuaalisuuteen liittyvät pakkoajatukset voivat saada vallan ja niihin vaikuttavat nuorelle heränneet seksuaalisuuteen liittyvät kielteiset tunteet (syyllisyys, häpeä) ja ajatukset (seksuaalisuus on kiellettyä ja epäsoveliasta) (Leppämäki & Savikuja 2014, 85).

Nuorten terapiassa ja terapian tavoitteissa painottuvat sosiaalisuuden lisääminen, luovuuden tukeminen, toiminnalliset menetelmät, eksistentiaalisten kysymysten pohdinta, kertomukset ja vertaukset sekä joustavuuden edistäminen. Lisäksi on tärkeää suhteuttaa OCD nuoren muihin ongelmiin. (Leppämäki & Savikuja 2014, 188-190.) Pakko-häiriöiden hoidon realistisena tavoitteena yleensä ei ole pakko-ajatusten, mieleen tulevien kuvien tai impulssien poistaminen, vaan niiden vaikutuksen vähentäminen siten, että niitä tulee harvemmin, ne eivät tunnu niin

pahoilta eivätkä ne aiheuta niin paljon pakkotoimintoina haittaavia rituaaleja tai välttämiskäyttäytymistä (Steketee 1999, 9, 11).

Nuoret ovat vielä iästään riippuen enemmän tai vähemmän kiinni perheessään ja perheen sisäinen vuorovaikutus voi tukea nuoren paranemista tai pakko-oireiden vaikeutumista. Vanhempien (tai vastaavassa roolissa olevien aikuisten) kanssa tehtävä yhteistyö tukee parantavaa vuorovaikutusta.

Pakko-oireilla on negatiivisia vaikutuksia perhe-elämään ja perheen kommunikaatioon. Ajan myötä perheenjäsenet alkavat usein osallistumaan pakkorituaaleihin, reagoivat tunnetasolla eri tavoin ja alkavat tehdä asioita oireilevan henkilön puolesta. (Steketee 1999, 5.)

Vanhempien oma ahdistuneisuus, mallin näyttäminen, onnistumisen palkitseminen, pakko-oireiden rajoittaminen, lapsen huomioiminen muulloin kuin pakko-oireiden aikana, pakko-oireiden tietoinen tai tiedostamaton vahvistaminen, pakko-oireiden estäminen, pakko-oireiden sietäminen ja jaksaminen, huoltajien omat syyllisyyden sekä häpeän tunteet sekä syy-seuraussuhteiden hahmottaminen ovat perheen ohjauksen keskeisiä teemoja. (Leppämäki & Savikuja 2014, 87-88, 131-132).

Perhekeskeinen (family-based treatment) pakko-oireisen häiriön hoito voi sisältää yhteisiä tapaamisia perheen tai vanhempien kanssa tai vanhempia voidaan tavata myös erikseen. Perhekeskeisessä hoidossa pyritään joustavuuteen työmuodon suhteen. Interpersoonallisen ympäristön ongelmat ovat kytköksissä pakko-oireiseen häiriöön. Vanhempien oireisiin mukautuminen ja perheenjäsenten vihantunteet näyttävät tutkimusten valossa vaikuttavan ERP-hoidon tuloksia heikentävästi. Perheen mukaan ottamisen hyödyistä pakko-oireiden hoidossa ERP-menetelmällä on paljon tutkimukseen perustuvaa näyttöä ja positiiviset vaikutukset eivät kohdistu vain hoidettavaan perheenjäseneseen vaan kaikkiin perheenjäseniin. (Steketee 2012, 181-183.)

Pakko-oireisen nuoren hoidossa on tärkeää ottaa mukaan hoidon suunnitteluun ja neuvotella tämän kanssa vanhempien osallisuudesta siihen. Monet nuoret voivat haluta perheenjäsenensä mukaan hoitoa tukemaan, jos asiasta sovitaan yhteisesti. Nuori voi haluta määritellä, kuinka paljon hoitoon liittyvää tietoa vanhempien kanssa jaetaan ja terapeutti puolestaan haluaa tietää, kuinka paljon vanhemmat mukautuvat pakko-oireisiin rituaaleihin ja välttämiskäyttäytymiseen. (Veale 2013, 297.)

Steketee (2012, 172) ottaa teoksessaan esille Salkovskisin artikkelin, missä ehdotettiin mahdollisia tapoja, joilla perheen kasvatustavat voisivat vaikuttaa ylitunnollisen vastuunkantamisen syntyyn lapsuuden kokemusten seurauksena. Siinä viitattiin oirehoidinnan voivan syntyä

suhteettomien velvollisuuksien kantamisen lapsuudessa suhteessa ikätasoon tai suhteessa yleiseen kohtuullisuuteen (lapsen syyllistäminen perheen suuremmista ongelmista). Toisaalta ylisuojelevuus kaikelta vastuunotolta, ankarat ja jäykät kurinpitosysteemit sekä vastuunkantamiseen liittyvä katastrofi tai ”läheltä piti” – tilanne saattaisivat johtaa vaikeuksiin tällä alueella. Tutkimukset ovat myös osoittaneet, että vanhempien omalla ahdistushäiriöllä näyttää olevan suora korrelaatio lasten pakko-oireisen häiriön ja muiden ahdistushäiriöiden syntyyn. Lisäksi OCD-lasten vanhemmilla on huomattu tutkitusti olevan keskimääräisesti vähemmän käytössään positiivisia ongelmanratkaisukeinoja, vähemmän luottamusta lastensa pärjäämiseen suhteen ja he ovat myös vähemmän palkitsevia lastensa itsenäistymiseen liittyvien edistysaskelien suhteen. Pakko-oireiset lapset heijastelivat tutkimuksessa näitä samoja ominaisuuksia toisia lapsia kohtaan.

Useiden tutkimusten mukaan perheenjäsenillä, sekä vanhemmilla, että sisaruksilla, on usein myös kohonnut pakko-oireiden esiintyvyys ja siksi myös geeniperimän osuutta sairauden synnyssä tutkitaan paljon; sillä vaikuttaa olevan merkittävä vaikutus sairastuvuuteen (Steketee 2012, 113-121). On tärkeää, että pakko-oireista kärsivät vanhemmat eivät pakota lapsiaan osallistumaan rituaaleihinsa ja että vanhemmat saavat apua omaan sairauteensa (Challacombe ym. 2011, 254-255). Psykoedukaatio on perheen hoidossa keskeistä. Joskus vanhemmat eivät ole huomanneet lapsensa pakko-oireita, vaikka ne ovat jatkuneet jo pitkään (Leppämäki & Savikuja 2014, 96, Veale 2013 299).

Koulussa tarvittavan tuen tarvetta on hyvä suunnitella yhdessä hoitotahon kanssa. Erilaiset mukautetut oppimisympäristöt ja opetusmenetelmät sekä nuoren itsetuntoa ja minäkuvaa tukeva suhtautuminen tukevat kuntoutumista. (Leppämäki & Savikuja 2014, 102-105.) Kolmannen sektorin tuki voi olla perheen hoidossa keskeinen. Suomen Tourette- ja OCD-yhdistys antaa asiallista ja kokemusperäistä tietoa, vertaistukiryhmiä ja sopeuttamisvalmennuskurssit ([www.tourette.fi](http://www.tourette.fi)). Vertaistuki voi osoittautua hyvin tärkeäksi niin hoidettavalle nuorelle itselleen kuin myös hänen vanhemmilleen (Veale 2013, 298).

## 2.3 Pakko-oireisen häiriön hoitomuodot

### 2.3.1 Psykoterapeuttiset hoitomuodot

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on pakko-oireisen nuoren ensilinjan hoitomuoto (Veale 2013, 298). Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa näyttöön perustuvina menetelminä ovat altistaminen ja rituaalien ehkäiseminen. Tarkoituksena on herättää ahdistavia pakkoajatuksia. Altistamismenetelmiä on kaksi: in vivo-altistamisella pelättyyn tilanteeseen altistaminen sekä mielikuvilla altistamisella. Rituaalien ehkäisemisellä pyritään vähentämään pakkotoimintojen

määrää, lopettamaan pakkotoiminnot. Altistamisten ja rituaalien ehkäisemisen lisäksi lääkettä käytetään täydentävänä hoitomuotona.

Käyttäytymisanalyysi on yksi kognitiivisen terapian menetelmistä, jolla voidaan kartoittaa paitsi oirehtivan vahvuudet, myös haasteelliset käyttäytymismuodot, kuten liika-aktiiviset toiminnot ja käyttäytymis- tai valmiuspuutteet. Käyttäytymisen hahmottamisen ja ymmärtämisen apuna voidaan käyttää erilaisia tapausformulointi-, hahmottamis- ja käsiteanalyysimalleja kuten SORCK-mallia ja toiminnallis-analyttistä käsitteellistämismallia FACCM. Myös oppimispsykologian teorioiden kautta OCD:ta on pyritty ymmärtämään. (Leppämäki & Savikuja 2014, 148-151.)

Kognitiivisen terapian menetelmiä käytetään osana kognitiivista käyttäytymisterapiaa pakko-oireiden hoidossa (Leppämäki & Savikuja 2014, 147). Mentaaliset rituaalit ovat myös toiminnallisten rituaalisten lisäksi kognitiivisen käyttäytymisterapian tekniikoiden myötä hoidon kohteena, siksi myös ne täytyy selvittää hyvin (Anthony ym. 2008, 182). Käyttäytymisterapian vahvana puolena on myös se, että se on lähellä arkitodellisuutta (Niemi 2008, 31).

Altistaminen ja rituaalin (reaktion) ehkäiseminen ERP (EX/RP, Exposure and Response Prevention), on pakko-oireisen häiriön tärkeä ja tehokas psykososiaalinen hoitomenetelmä, mihin kuuluvat strukturoidusti tapahtuvat pelätylle tapahtumalle altistaminen ja vapaaehtoinen rituaalisista pakkotoimista pidättäytyminen (Anthony ym. 2008, 185). Monet kognitiivis-behavioraalsiin hoitomenetelmät käyttävät näitä keinoja saadakseen todelliset tilanteeseen liittyvät tunteet koetuiksi (Kähkönen ym. 2001, 141).

Altistamisella pyritään siihen, että pakko-oireita tuottavia tilanteita ei vältellä, vaan niihin mennään hallitusti terapeutin tuella ja ohjeistuksella (Steketee 1999, 6). Askel kerrallaan etenevät altistamisharjoitukset voivat tapahtua inVivo eli pelättyyn tilanteeseen altistaen. Toinen tapa on mielikuva-altistus, missä epäonnistuneen pakkotoimintansa seurausta kuvitteleva potilas altistuu tälle mielikuvalle. Tavoitteena on hallitusti ahdistavien tunteiden herättäminen, ahdistaviin tilanteisiin tottuminen sekä mielikuvien ja todellisuuden eron ymmärtäminen. (Steketee 1999, 23; Anthony ym. 2008, 186.)

Rituaalien estämisessä ei estetä rituaaleja, vaan kehoitetaan potilasta pidättymään rituaaleista vapaaehtoisesti. Positiivinen palaute onnistumisista ja epäonnistumisten läpikäynti kuuluvat menetelmään. Altistamisharjoitukset ja rituaalin estämiset ovat tutkimusnäytön valossa-kin tehokkaita hoitomenetelmiä ja ylivoimainen verrattuna muihin menetelmiin (esim. rentoutusharjoituksiin, lumelääkitykseen ja ahdistuksenhallintaan). Menetelmien yhdessä käyttö on osoittautunut tehokkaammaksi kuin jommankumman käyttö erikseen. (Anthony ym. 2008, 186-188.)



Lapsilla ja nuorilla viikoittaiset istunnot ovat osoittautuneet tehokkaiksi. Terapeutin kanssa tehdyt harjoitukset ovat tutkimuksissa osoittautuneet itsenäisesti tehtyjä tehokkaammiksi (turvallisuuden tunne pelottavien tilanteiden kohtaamisessa), pitkäkestoiset yhtenäiset harjoitukset (1-1 ½ tuntia) lyhyitä ja keskeytettyjä vaikuttavammiksi, asteittaiset potilastyytyväisyyttä lisääviksi suhteessa asteettomiin. (Anthony ym. 2008, 188-192.) Terapeutin osaaminen ei nuoria hoidettaessa saa rajoittua vain terapiamenetelmän osaamiseen, vaan hänen täytyy osata myös muokata menetelmiä nuoren kehitystasoa vastaavaksi (Veale 2013, 298). Vanhempien aktiivinen osallistuminen terapiatyöskentelyyn on olennaista. Kotona suoritettavat tehtävät voivat olla osa hoitoa, samoin perheelle annettava psykoedukaatio. (Leppämäki & Savikuja 2014, 129-132.)

Mielikuvaharjoitukset ovat tärkeitä ja erityisen hyviä liittyen pakkoajatuksina esiintyviin katastrofijatuksiin, joita ei voi lähestyä inVivo-harjoituksin. Nuorten potilaiden mielikuva-altistamisen menetelmiä ovat tutkineet Franklin, Abramowitz, Bux, Zoellner & Feeny 2002 (Anthony ym. 2008, 193). Terapiassa OCD voidaan myös ulkoistaa antamalla sille hahmo ja nimi, mikä auttaa häiriön käsittelemistä ja mielikuvatyöskentelyä (Leppämäki & Savikuja 2014, 131; Veale 2013, 300). Myös hyväksymis- ja omistautumisterapia sekä tietoisuustaidot (mindfulness) voi lievittää pakko-oireita (Leppämäki & Savikuja 2014, 131).

Ahdistuneisuutta mitataan SUDS-skaalalla (Subjective Units of Discomfort) missä 0 tarkoittaa oireetonta ja rentoa olotilaa ja 100 on pahin henkilön koskaan kokema ahdistus. Tätä asteikoa käyttäen pakko-oireista kärsivä voi kuvailla sen hetkisen ahdistuksensa määrää ja terapeutti voi reagoida tilanteessa asianmukaisesti sekä osoittaa ahdistuksen määrän vaihtelut altistusten aikana. (Steketee 1999, 13, 23.)

Hyväksymis- ja omistautumisterapia (HOT, engl. ACT) kuuluu kognitiivisen käyttäytymisterapiaperheen kolmanteen aaltoon ja sen perusajatuksena on, että asiantilan toteaminen ja hyväksyminen voi johtaa muutokseen, ei muutokseen suoraan pakonomaisesti pyrkiminen. Steven C. Hayesin pääosin kehittämä terapeutin lähestymistapa perustuu arvovalintoihin, tietoisuustaitoihin, harjoitteluun, metaforien ja kielen verbaalisuuden käyttöön ja positiivisten kokemusten hakemiseen. Tavoitteena on psykologisen joustavuuden löytäminen omaan ajatteluun ja toimintaan. (Leppämäki & Savikuja 2014, 179-182.)

Edellä mainittu kognitiivinen käyttäytymisterapia on yksi kognitiivisen terapian muoto, missä yhdistyvät kognitiivisen terapian ja käyttäytymisterapian menetelmät (Kähkönen ym. 2001, 13-14). Vapaamuotoisessa kognitiivisessa terapiassa ei pyritä muuttamaan suoraan ja ensisijaisesti käyttäytymistä, vaan ajattelua. Keskeisiä käsitteitä, joilla OCD:ta voidaan lähestyä, ovat mm. oirepysyvyys, peruskokemukset, ajatusvirheet väärine ja haitallisine tulkintoineen,

uskomukset, merkityksenanto, asennoituminen, käsitteellistäminen, skeemat, moodit, yhteis-työsuhde. (Kähkönen ym. 2001, 14-16, 139-157.)

Vapaamuotoista kognitiivista terapiaa käytetään vahvistamaan ehkäisemis- ja altistamisohjelmaa ja voi olla sille vaihtoehtokin jos potilas ei onnistu harjoituksissaan, ei suostu niihin tai ei saa niistä hyötyä (Anthony ym. 2008, 197). Myös heikko itsetunto liittyy usein pakkoajatuksiin tai -toimiin lisäten herkästi erilaista varmistamisen tarvetta. Heikkoa itsetuntoa voidaan ajatella kognitiivisena ongelmana ja hoitaa siten kognitiivisen terapian keinoin. (Leppämäki & Savikuja 2014, 154, 167-169.)

Kognitiivisen terapian ja kognitiivisen käyttäytymisterapian erilaisista teoreettisista painotuksista huolimatta pakko-oireisen häiriön hoidossa noudatetaan samoja periaatteita (Leppämäki & Savikuja 2014). OCD:n kognitiivisessa lähestymistavassa lähdetään haastamaan hoidettavan oletuksia, uskomuksia ja tulkintoja, joita ovat esimerkiksi ajatusten tärkeyden liiallinen arvostus, ajatusten ja toimintojen kontrolloinnin tarve, vaaran mahdollisuuden ja vakavuuden yliarviointi, ylihuolehtiminen varmuudesta, vaikeus sietää monitulkintaisia tilanteita, liiallinen tunnollisuudentunne, täydellisyys tavoittelu ja omien standardien tiukkuus sekä huoli ahdistuksen seurauksista ja kyvystä tulla toimeen ahdistuksen kanssa. (Steketee 1999, 57-59.)

Kognitiiviseen pakko-oireisen häiriön hoitoon voi kuulua myös peruskokemusten tai ydinuskomusten (core beliefs) käsittely. Ne ovat usein jo lapsuudessa syntyneitä ajatusvirheitä, jotka johtavat vääriin ja haitallisiin tulkintoihin ja ne liittyvät mielikuvaan itsestä, toisesta ja maailmasta. (Kähkönen ym. 2001, 142-143; Steketee & Wilhelm 2006, 159-170.) Hoidossa hyväksytään ahdistuksen olemassaolo ja mennään sitten ahdistusta kohti, "nojataan" sitä vasten pyrkimällä tekemään juuri niitä asioita, mitkä ahdistuksen laukaisevat (Davidson 2014, 122-125).

Paradoksaalisessa lähestymistavassa terapeutti / hoitava henkilö asettuu tietoisesti vahvistamaan hoidettavan henkilön epärealistista huolta ja taitavasti huumoriakin käyttäen pyrkii näin vahvistamaan hoidettavan henkilön kykyä olla välittämättä pelostaan (Furman 2002, 133-136).

Psykoanalyttinen ja psykodynaaminen näkökulma on yksi tapa lähestyä pakko-oireista häiriötä teoreettisesti ja hoidollisesti. Freud määritteli pakko-oireisen häiriön oireet potilaan tiedostamattomaksi kamppailuksi sellaisia viettejä vastaan, jotka eivät ole tiedostetulla tasolla hänen hyväksymiään. Tällöin potilaan defensiivinen systeemi pettää, etenkin torjunta, ja hän keskittää energiansa toistamaan pakko-oireita välttääkseen aikaisemmin tiedostamattoman ja torjutun materiaalin tulemistä tiedostetuksi. Tällöin alkaa toisten defenssien, etenkin reaktion muodostuksen, älyllistämisen, eristämisen ja tyhjäsitekemisen liiallinen käyttö mikä johtaa häiriölle tyypillisiin oireisiin. Häiriön ydin psykoanalyttisten teoreetikkojen mukaan on egon ja libidon kehityksen eriaikaisuus siten, että ego kehittyykin ennen libidoa, vaikka

normaali järjestys on juuri päinvastoin. Tästä psyykkisten voimien vastakkainasettelusta seuraa epäkypsä ja vajaa tapa olla vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Freud havaitsi, että pakko-oireinen henkilö koki pakko-ajatuksensa intensiivisen vaivaaviksi, aivan kuin hän olisi tehnyt ajattelemansa asiat. Tämä tärkeä havainto on yhdenmukainen nykyisten kognitiivisten teorioiden kanssa, missä korostetaan ajattelun ja toimimattomien metakognitioiden merkitystä. (Steketee 2012, 14-15.) Psykoanalyttisessä viitekehyksessä ambivalentit tunteet kuten viharakkaussuhde ja yleensä tiedostamattomat peitetyt vihan ja seksuaalisuuden tunteet ovat poikkeuksellisen voimakkaan super-egon hallitsemina ja pakko-oireiden aiheuttajina (Steketee 2012, 210).

Freudin näkemyksiä pakko-oireisesta häiriöstä on koonnut Gustav Amnell ja niissä keskeisiä käsitteitä ja ilmiöitä häiriön ymmärtämisessä psykoanalyttisessä kontekstissa ovat ambivalenssi, regressio oidipaalisista ristiriidoista anaalis-sadistisiin huoliin, maaginen ajattelu, syyllisyyden tunne, traumaattisen kokemuksen toistamispakko, vaikea ja julma yliminä, rangaistuksen pelko, rangaistuksen tarve sekä tiedostamattomat yllykkeet. Keskeisiä defensessejä häiriössä ovat puolestaan reaktionmuodostus, älyllistäminen, isolaatio, tyhjäksi tekeminen, eristäminen. (Niemi 2008, 19-27, 30.) Amnell viittaa myös Joseph Sandlerin ja W.B. Joffen esitelmään (1965), missä todetaan, että sellainen lapsi voi kehittää pakko-oireisen häiriön ja ankaran yli-minän, jolta on liian varhain vaadittu liikaa. Esitelmässä todetaan myös, että nuoruusiikään voi kuulua pakkoneuroottisuutta ilman, että oireilu jää pysyväksi.

Amnell kirjoittaa omista kokemuksistaan, missä pakko-oireisiin liittyy usein seksuaalista sisältöä, seksuaalisuuteen liittyviä patoutuneita tunteita. Lisäksi hän löytää enemmistössä tapauksista myös lapsuuden aikaista traumataustaa, joka voi selittää lapsuus ja nuoruusiän oirehdintaa. Pitkissä hoidoissa oireet vähenivät, mutteivät loppuneet ja oireisiin liittyvät epämielittävät tunteet vähenivät. Yhteistä tapauksille on myös se, että nuoren suhde vanhempiinsa eli oidipaalivaiheen selvittely oli pahasti kesken. (Niemi 2008, 26.) Amnell puolustaa psykodynaamisen ja analyttisen hoitomuodon paikkaa nuoren tilanteen kokonaisvaltaisesti huomioon otavana lähestymistapana. Hän suhtautuu varauksella perinteiseen psykoanalyysiin OCD:n hoidossa, mutta näkee psykodynaamisella hoidolla onnistuttaessa saavutettavan hyödyn: oireet vähenevät, pelot ja häpeä vähenevät, ihmisarvo palautuu sekä oireiden sietokyky lisääntyy. (Niemi 2008, 32.)

Varsinaista psykoanalyttistä hoitoa on kritisoitu suuremminkin OCD:n hoidossa vanhempia syyllistävänä, hoitointerventiona tehottomana sekä teorioiltaan ja näytöltään todistamattomana (Valderhaug 2005, 10). Kaiken kaikkiaan psykoanalyttinen ei ole osoittautunut tehokkaaksi hoitomuodoksi pakko-oireisen häiriön hoidossa, vaikka onkin edistänyt sairauden ymmärtämistä ja käsitteellistämistä (Steketee 2012, 211).

Psykodynaamisessa nuorisopsykiatriassa pakko-oireinen häiriö voidaan nähdä yhtenä nuoruusiän breakdownin muodoista, missä ongelmaan liittyy olennaisesti nuoruusiän kehitykseen liittyviä haasteita (muuttunut viettitasapaino, seksuaalisen ruumiin haltuunotto, uuden kumppanin löytäminen ja samalla irtaantuminen vanhemmista) (Niemi 2008, 29).

Traumanäkökulmassa pakko-oireista kärsivän nuoren oirehdinnan takana ja niitä selittämässä voidaan löytää oirehdintaa selittäviä traumoja. Pohdintaan täytyy ottaa traumojen laatu ja subjektiivisuus; ne eivät pelkästään eivätkä suoraan kausaalisesti selitä sairastumista pakko-oireisiin. (Niemi 2008, 25-26.) Kriisitilanteissa lauennut pakko-oireisto on luonteeltaan erilaista kuin pidemmän ajan kuluessa syntynyt häiriö ja se voidaan ymmärtää turvastrategiaksi, selviytymiskeinoksi vaikeiden tilanteiden ja tunteiden vaikutuksessa (Kähkönen ym. 2001, 141). Henkilön kokemat traumat voivat lisätä pakko-oireista turvakäyttäytymistä, joka voi laajentua koskemaan eri elämän alueita (Leppämäki & Savikuja 2014, 153).

### 2.3.2 Lääkehoito

Pakko-oireisen häiriön hyvä hoito nykyään koostuu yleensä SSRI-lääkkeestä (serotoniinin takaisinoton estoon perustuva masennuslääke) ja käyttäytymisterapiasta (Moilanen ym. 2004, 211). Lääkehoito perustuu neuropsykiatriseen näkökulmaan. SSRI-lääkityksen suotuisat vaikutukset oireisiin on tiedetty jo pitkään ja vaste saadaan noin 70%:lle lääkityistä. SSRI-lääkkeiden vaste OCD:ssä saavutetaan hitaasti ja parhaan vasteen saavuttaminen voi kestää jopa kolmekin kuukautta. Hitaasta hoitovasteesta tulee informoida hoidettavaa, samoin odotettavissa olevasta lääkehoidon hoitotuloksesta (arkea helpottava, ei aina täydellinen) ja hoitovaikutuksen kestosta (oireet voivat palata jos lääkitys lopetetaan, mistä syystä lääkitystä voidaan joutua jatkamaan vuosia) sekä tehosta (hoitovaste ei ole aina täydellinen). (Juva ym. 2011, 118-119.) Vasteen ollessa vähäinen, voidaan kokeilla toista ja kolmattakin SSRI-valmistetta, joiden molekyyli rakenne poikkeaa toisistaan. Vaihtoehtoisesti voidaan kokeilla SNRI-lääkettä tai venlafaksiinia tai psykoosilääkettä (esim. risperidoni, ketiapiini tai haloperidoli). (Juva ym. 2011, 119.)

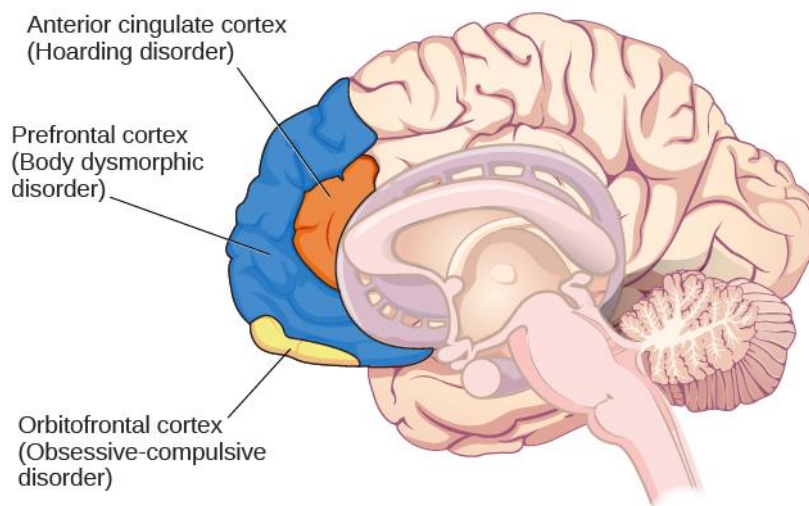
Britannian Psykofarmakologinen yhdistys suosittelee pakko-oireisen häiriön akuuttihoitoon ensilinjan lääkkeeksi SSRI-lääkitystä annosta lisäten vasteen mukaan ja arviointia 12 viikon kohdalla. Pitkäaikaishoidossa SSRI-lääkitystä jatketaan vähintään 12 kuukautta. Jos SSRI-lääkkeellä ei saada vastetta, suositus on kokeilla klomipramiinia tai muuta tutkittua keinoja. Pitkäaikaishoidossa suositellaan lääkehoidon ja kognitiivisen terapian yhdistämistä. (Juva ym. 2011, 98; Leppämäki & Savikuja 2014, 116.)

Yhdistelmähoito lääkehoidon, altistamisen ja rituaalien ehkäisemisen kombinaationa ei ole vanhemmissa tutkimuksissa aina osoittautunut tehokkaammaksi kuin pelkkä ehkäisemis- ja altistamisohjelma, mutta yhdistelmähoito voi olla joissain tapauksissa suotavampaa eikä lääkettä tarvitse missään tapauksessa lopettaa samanaikaisen ehkäisemis- ja altistamisohjelman vuoksi. SSRI-monoterapia sopii kliinisesti huonovointisille potilaille, joiden muunlainen hoito ei jostain syystä ole mahdollinen. (Anthony ym. 2008, 195-196.) Tietty antipsykootit, rilutsoli, memantiini, ketamiini ja D-sykloseriini ovat lääkkeitä, joilla on saatu vaihtelevia positiivisia vasteita pakko-oireisen häiriön hoidossa (Leppämäki & Savikuja 2014, 118-120). Komorbiditeetti ja haittavaikutukset tulee ottaa lääkehoidossa huomioon.

### 2.3.3 Uudet biologiset hoitomuodot

OCD:n vaikeampien muotojen vaikeahoitoisuuden vuoksi uusia hoitomenetelmiä etsitään ja kokeillaan koko ajan. Uudet hoitomuodot perustuvat neuropsykiatrian löydöksiin ja niitä käytetään myös Suomessa.

Neuropsykiatriassa pakko-oireinen psykopatologia näyttää vaikuttavan yhteen viidestä otsalohkopiiristä, orbitofrontaalisille otsalohkopiirille yhdessä masennuksen, manian ja persoonallisuuden muutoksiin liittyvien häiriöiden kanssa (Juva ym. 2011, 40-41). Nykyaikaiset tutkimusmenetelmät ovat paljastaneet pakko-oireisiin liittyvän sekä rakenteellisia että etenkin toiminnallisia poikkeavuuksia, mihin perustuen häiriötä on alettu pitää neuropsykiatrisena sairautena. Toisaalta aikaisemmin on havaittu häiriöiden usein liittyvän em. lapsuuden aikaisiin sovitamattomiin ristiriitoihin. OCD:n patofysiologia onkin siten vielä tuntematon, mutta mm. lääkehoitovaste on antanut lisätietoa häiriön luonteesta (serotonerginen ja dopaminerginen vaste). (Juva ym. 2011, 113; Leppämäki & Savikuja 2014, 20-25.)



Kuva 1: Aivojen poikkileikkauskuva, missä näkyvät OCD-kirjon häiriöihin liittyvien aivoaktivaatioiden poikkeamien sijainnit (OpenStax).

Aivojen syvästimulaatio DBS eli Deep Brain Stimulation on uusi hoitomuoto, missä aivoihin stereotaktisesti asetettavat yksi tai kaksi elektrodia antaa tahdistimen välityksellä aivostimulaatiota. Tämä kokeellinen hoitomuoto on käytössä muille hoitomuodoille täysin resistentin pakko-oireisen häiriön ja Touretten syndrooman hoidossa. (Juva ym. 2011, 416.) Hoitomuoto on psykokirurgiaa, joka ei ole peruuttamatonta (Leppämäki & Savikuja 2014, 122-123).

Toistuva transkraniaalinen magneettistimulaatio rTMS (repetitive Transcranial Magnetic Stimulation) on kallon läpi hoitosarjana annettava magneettistimulaatio. Se perustuu sykkivään magneettikenttään, joka suurtaajuisena kiihdyttää ja pientaajuisena inhiboi aivotoimintaa varsin pienellä alueella. OCD:n hoidossa pientaajuinen orbitofrontaalisen aivokuoren tai supplementaarisen liikeaivokuoren alueelle kohdennettu stimulaatio on helpottanut oireita. Kyseessä on uusi hoitomuoto, josta tutkimuksia on toistaiseksi tehty vähän. (Leppämäki & Savikuja 2014, 123-124.)

### 3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on tietokantahakuihin perustuvalla systemaattisella kirjallisuuskatsauksella ja kirjalähteiden avulla selvittää tämänhetkiset keskeiset näyttöön perustuvat pakko-oireisen häiriön hoidot ja hoitomallit nuorisoiäisillä potilailla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa haetusta tiedosta tiivis palveluyhteenveto nuorisopsykiatristen poliklinikkojen käyttöön, jotta sairaanhoitaja tai muu koulutettu yksilötyöntekijä voisi nuoren hoitoa kohtuullisesti resursoituna ideaalisesti ja reaalisesti toteuttaa.

Opinnäytetyön kysymykset ovat:

Millaista näyttöön perustuvaa hoitoa on olemassa pakko-oireiselle nuorelle?

Miten näyttöön perustuvaa tietoa pakko-oireisen nuoren hoidosta voidaan systemaattisesti hyödyntää nuorisopsykiatrisessa avohoidossa?

#### 4 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus - tiedonhaku

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa etsitään systemaattisesti tiettyyn aiheeseen liittyviä tutkimuksia yleensä etsien vastausta ennalta asetettuun tutkimusongelmaan. Relevantti ja korkealaatuinen tutkimustieto valitaan, analysoidaan ja siitä tehdään synteesi. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen laadullisia kriteereitä ovat myös tutkimuksen toistettavuus ja virheettömyys. (Johansson 2007, 2-5, 46.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoite on paitsi löytää, arvioida ja yhdistää erillisten yksittäisten tutkimusten tieto, myös osoittaa mitä tietoa ei ole saatavissa (Centre for Reviews and Dissemination 2009).

##### 4.1 Tietolähteet ja tiedon käsittely

Hakustrategia on suunniteltu käytettävissä olevien tärkeimpien terveydenhuoltoalan viitetietokantojen mukaan. Mukaan on valittu viisi keskeistä tietokantaa. Hakusanat on valittu asiasanastojen mukaan (MeSH). Hakustrategiaa on suunniteltu yhdessä Terkon ja Laurean informaattikkojen kanssa. Hakujen rajausta on suoritettu tarkennuksin (advanced search). Hakutermejä on katkaistu termien eri taivutusmuotojen löytymiseksi. (Johansson 2007, 22.) Hakutulokset on käyty manuaalisesti läpi ja niistä mukaan kirjallisuuskatsaukseen on valittu relevantin perusteella parhaimmat. Otsikoiden ja abstraktien perusteella valitaan lopulliset mukaan otettavat tutkimukset, ja mikäli koko teksti oli saatavilla, on koko tutkimustekstin sisältö käyty läpi. (Johansson 2007, 51, 59.)

Hakutermien suhteen relevantin sisällön löytämiseksi on käytetty osittaista PICO-menetelmää, missä P tarkoittaa ihmisryhmää tai ongelmaa (Population, Patient, Problem), I interventiota eli hoitomenetelmää (intervention), C vertailumenetelmää (Comparison) ja O terveystulosta (Outcome). Hakua voidaan tarkemmin rajata myös tutkimusasetelman (S = Study design) ja seuranta-ajan (T=Time) mukaan. (THL 2015a.) Kuitenkaan ei ole välttämätöntä tai olennaista aina käyttää näitä kaikkia rajoituksia kysymyksen asettelussa vaan halutun tiedon tarve vaikuttaa hakustrategiaan (Centre for Reviews and Dissemination 2009, 19). Esimerkiksi vain P ja I alueisiin kohdistuvat haut voivat olla riittävät (THL 2015b).

Tässä työssä haku on rajattu muotoon P (Population = adolescent, outpatient), P (Problem = obsessive-compulsive disorder), I (Intervention = therapy, treatment). Vaikka työ on rajattu avohoidossa oleviin pakko-oireista kärsiviin nuoriin, on hakuun sisällytetty myös klinikat ja

sairaalat, jotta hakutuloksessa tulisivat esiin kaikki tehokkaiksi todetut ja mahdollisesti avohoitokäyttöön sovellettavat tutkitut hoitomuodot ja -mallit.

#### 4.2 Tietokannat, rajausperusteet ja systemaattisuus

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tiedonhakuun käytetyt viitetietokannat olivat kansainväliset Chinal, Cochrane, Medline sekä suomalainen Medic. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit on suunniteltu siten, että saataisiin mahdollisimman hyvin palveluyhteenvedon tekemistä tukeva hakutulos tutkimuksista ja artikkeleista viimeisen kymmenen vuoden ajalta. Tietokoneistetun haun jälkeen haut on rajattu manuaalisesti ensin otsikon ja sitten tiivistelmän mukaan. Kun tietokoneistetun haun 332 hakutulosta rajattiin otsikoiden mukaisesti, jäi jäljelle 109 hakutulosta ja kun niiden tiivistelmät käytiin läpi, jäivät jäljelle lopulliset 30 tutkimusta ja artikkeleita.

Taulukko 1. Käytetyt tietokannat ja tehdyt rajaukset

Tietokanta (käyttöliittymä)	Tietokannan kuvaus	Rajaukset	Hakutulokset	Manuaaliset rajaukset
Chinal (EBSCO)	(Cumulative index to nursing and allied health literature); kansainvälinen hoitotyön ja hoitotieteen abstrakti- ja viitetietokanta	"obsessive-compulsive disorder", Adolescent: 13-18 years, Published Date: 20050101-20160231, therap* OR treatment* , Exclude MEDLINE records, Refine results: Source Types: Academic Journals (liite 1.)	77	Otsikoiden mukaisen rajauksen jälkeen: 29  Tiivistelmän mukaisen rajauksen jälkeen: 4



Cochrane (Ovid)	Kansainvälisen, ylisadasta maasta olevan tutkijaverkoston Cochrane-verkoston tuottamaa näyttöön perustuvaa tietoa terveydenhuollon ammattilaisille. Kuusi tietokantaa.	"obsessive-compulsive disorder", "adolescent", 2005 jälkeiset tutkimukset, "therap*", "treatment*", "outpatient", "outpatient clinics", "hospital", "ambulatory care" (liite 2.)	48	Otsikoiden mukaisen rajuksen jälkeen: 38  Tiivistelmän mukaisen rajuksen jälkeen: 8
Medic	Terkon ylläpitämä suomalainen terveys-tieteellinen viitetietokanta; artikkelit, kirjoja, väitöskirjoja, tutkimuslaitosten ja virastojen raportteja.	"pakko-oireiden häiriö", "nuori*", "hoito*", 2005-2016  (liite 3.)	145	Otsikoiden mukaisen rajuksen jälkeen: 2  Tiivistelmän mukaisen rajuksen jälkeen: 1
MedLine (Ovid)	Ylläpitäjä National Library of Medicine (NLM, USA); kansainvälinen, laajin ja keskeisin terveydenhuoltoalan tietokanta	"obsessive-compulsive disorder", "adolescent", 2005 jälkeiset	62	Otsikoiden mukaisen rajuksen jälkeen: 40

		tutkimukset, "therap*", "treatment*", "outpatient", "outpatient clinics", "hospital", "ambulatory care" (liite 5.)		Tiivistelmän mukaisen ra- jauksen jäl- keen: 17
Asiasanastot				
MeSH	Medical Subject Headings, NLM:n ylläpitämä lääketieteen termien asia- sanasto.			
Termix	Helsingin Yliopiston terveystieteiden keskuskirjasto Terkon suomenkie- linen MeSH:iin perustuva asiasanasto			

#### 4.3 Sisäänottokriteerit

Sisäänottokriteerit eivät saa olla liian suppeat tai laveat ja niiden tulisi rajata aineisto niin, että kaikki oleelliset aiheeseen liittyvät tutkimukset tulevat katsaukseen mukaan (Centre for Reviews and Dissemination 2009, 10). Tässä työssä haetusta aineistosta on valittu suomen ja englanninkieliset tutkimukset, jotka liittyvät pääosin spesifisti nuorten pakko-oireen hoitoon. Katsaukseen on valittu myös pakko-oireiden hoitomenetelmiin liittyviä viimeisen kymmenen vuoden aikana tehtyjä tutkimuksia, joissa tutkimustulos on hyödynnettävissä nuorisopsykiatriassa avohoidossa. Lisäksi huomioon on otettu tutkimukset, joista saatu näyttöön perustuva tieto auttaa palveluyhteenvetäjä tekemistä, vaikka se kohdistuisi aikuisväestöön. Näin siksi, että nuorisoiäikäisten ryhmällä niissä tutkimuksissa tutkittuja pakko-oireisen häiriön osa-alueita ei olla vielä tutkittu. Tutkimusten metodi tai laajuus ei ole vaikuttanut valintaan.

Katsaukseen on otettu mukaan myös vaihtoehtoiset hoidot, mikäli tutkimusnäyttö on ollut vahva. Vaihtoehtoisia pakko-oireisen häiriön hoitomuotoja ovat mm. yrttihoito, ravintolisät, liikunta, jooga, mindfulness, hypnoosi, uskonnot, akupunktio, tai chi, itsehoito, videoyhteyden kautta tapahtuva hoito, tietokoneavusteiset hoidot (internet, puhelin) ja itsehoito-ohjelmat. Näistä kuitenkin vain harvasta löytyy julkaistua kriittistä tutkimusta.

#### 4.4 Poissulkukriteerit

Työstä on rajattu pois tutkimukset, jotka keskittyvät diagnostiikkaan, epidemiologiaan tai komorbiditeettiin. Myös pelkästään lääkehoitoon liittyvät tutkimukset on jätetty työstä pois. Pakkohäiriön kaltaisia oireita voidaan löytää useista psyykkisistä häiriöistä ja riippuvuuksista (Soisalo 2012, 325, 334). Työstä on rajattu pois myös pakko-oireiset piirteet häiriöistä, joista osa kuuluu myös OCD:n kirjoon ja joihin kuuluu pakonomaisuutta. Pakko ja pakonomaisuus laajempina kulttuurisina ilmiöinä selittäisivät osaltaan ihmisten käytöstä ja oireilua nykymaailmassa, mutta niidenkään käsittely ei mahdu opinnäytetyön laajuuteen.

Tiettyjen infektioiden aiheuttama PANDAS-OCD ei kuulu tämän työn piiriin. Eivät myöskään OCD:n spektriin (OCD Obsessive Compulsive Spectrum Disorder) kuuluvat muut häiriöt (esim. hamstraus, kleptomania, uhkapelaaminen, syömishäiriöt, dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö ja parafilia) (Steketee 2012, 5).

#### 4.5 Hakutulokset

Hoitosuunnitelman ja hoitoon liittyvien päätösten tekeminen yhdessä nuoren kanssa tukee nuoren autonomian tunnetta. Hoidon hyötyjä ja haittoja voidaan yhdessä arvioida listaamalla niitä nuoren kanssa (Young & Hawkins 2011). Motivoivasta haastattelusta on havaittu tutkimuksessa hyötyä aikuisilla ja se voisi olla hyödyllinen osa myös nuorten hoitoprosessia (Meyer ym. 2010). Hoitomotivaation selvittäminen hoidon alussa on tärkeä tehdä (Young & Hawkins 2011). Positiivisella terapeutisella allianssilla on hoitomotivaatiota ja hoito-odotuksiakin merkittävämpi rooli onnistuneessa hoidossa (Vogel ym. 2006).

Pakko-oireisesta häiriöstä kärsivä nuori, jopa hoitoresistenttikin aikaisemmin luokiteltu, hyötyy merkittävästi pakko-oireisen häiriön hoitoon erikoistuneiden terapeuttien manualisoidusta kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta (Krebs ym. 2015; Ranta ym. 2015; Rudy ym. 2014). Kognitiivisen OCD-spesifin käyttäytymisterapian kolme keskeistä komponenttia ovat altistus, rituaalin ehkäisy ja kognitiivinen uudelleenstrukturointi, missä nuoret opetetaan ”puhumaan takaisin” pakkoajatuksilleen, tunnistamaan ja uudelleen määrittelemään ne (Lack ym. 2006).

Kognitiivista käyttäytymisterapiaa voidaan käyttää tehokkaasti tyypillisessä nuorten polikliinissä avohoitokontekstissa, näin myös vain keskittyen kognitioihin ilman ERP lähestymistä (Farrell ym. 2010; Williams ym. 2010). Ryhmämuotoinen KKT voi myös olla tehokas hoitomuoto nuorten hoidossa (Sochting & Third 2011). Yksilö ja ryhmämuotoiset kognitiivisen terapian muodot ovat aikuistutkimuksessa ja meta-analyysissä osoittautuneet keskenään suunnilleen yhtä tehokkaiksi hoitomuodoiksi (Jonsson ym. 2011). Aikuisille tehdyssä vertailevassa

tutkimuksessa sekä SRI-lääkitys että ryhmämuotoinen KKT (CBGT) osoittautuivat tehokkaiksi, mutta ryhmämuotoinen KKT osoittautui tehokkaammaksi (Sousa ym. 2006).

Perheen mukaanotto nuorten hoitoprosessiin on tärkeää, koska perheen sopeutuminen nuoren oireisiin ylläpitää sairautta (Lack ym. 2006). Pakko-oireiden vakavuus lisääntyy, jos perhe mukautuu potilaan oireisiin (Gomes ym. 2014). Ryhmämuotoinen perhekeskeinen kognitiivinen käyttäytymisterapia (CBT-F) vaikuttaa positiivisesti perheen vuorovaikutukseen (Schlup ym. 2011).

Vaikeastikin oirehtivat nuoret hyötyvät altistamis- ja rituaalinehkäisyharjoituksista (Krebs ym. 2015). Ryhmämuotoinen ERP on todettu nuorten hoidossa tehokkaaksi menetelmäksi nuoren sukupuolesta ja iästä riippumatta ainakin (Olino ym. 2011). ERP auttaa pakko-oireiden hoidossa ja alentaa myös masennusta, mutta ei alenna muita ahdistusoireita (Olino ym. 2011).

ERP ja ERP sisältöinen KKT lääkityksen ohella ovat tehokkaampia kuin stressinhallintakeinojen ohjaus potilaalle niin lyhyellä kuin pitkällä aikavälillä (Foa ym. 2013; Simpson ym. 2008). Hoidettavan nuoren kyky sitoutua ERP-hoitoon riippuu hänen kehityksensä tasosta, motivaatiostaan sekä hänen terapian ja pakko-oireisen häiriön ymmärryksen tasostaan (Lack ym. 2006). Oirehierarkian (pelkotikapuun) kirjauksen tavoitteena on oireiden portaittainen hallitseminen etenemällä vähemmän ahdistavasta oireesta kohti enemmän ahdistavia (Lack ym. 2006; Young & Hawkins 2011).

ERP on osoittautunut monenlaisissa hoitomalleissa riippumatta terapeutin koulutuksesta ja kokemuksesta, mikäli noudatetaan hoitomanuaalia ja hoitoa antava henkilö saa asianmukaisen menetelmäkoulutuksen ja ohjauksen. Tutkimuksessa terapeutina toimivat psykologiopiskelijat pääsivät aikuispotilaiden kanssa samoihin hoitotuloksiin kuin kokenut terapeutti. (van Oppen ym. 2010.)

Itsehoitonakin ERP on oireita merkittävästi vähentävä hoitomuoto, mutta se on tehokkaampaa terapeutin ohjaamana oireiden vähenemisen ja toimintakyvyn paranemisen suhteen (aikuis-tutkimus) (Tolin ym. 2007). Tähän perustuu kotitehtävien merkitys pakko-oireisen häiriön hoidossa. Hoidon vaikuttavuuden suhteen ei ole eroa sillä, tapahtuuko ERP potilaan kotona tai muussa paikassa, missä oireet normaalisti ilmenevät vai terapeutin vastaanottotilassa (aikuis-tutkimus) (Rowa ym. 2007).

Hoidossa voidaan opettaa oireiden hallitsemiseen myös ajatusten pysäytys- ja rentoutustekniikoita (Young & Hawkins 2011). Sairauden ekstrenalisaatio siten, että sille annetaan nimi, aut-

taa sen käsittelyssä (Young & Hawkins 2011). Tavoitteena on oireisiin käytetyn määrän väheneminen viikoittaisin edistysaskelin ja sitä voi tukea esimerkiksi edistyspäiväkirjan ja palkitsemisen avulla (Young & Hawkins 2011).

Lääkehoito (SRI) kontrollikäynteineen yhdistettynä kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan on nuorten hoidossa tehokkaampi hoitomuoto, kuin pelkkä lääkitys (Franklin ym. 2011). Lääkityksen optimointi on tärkeä muistaa pakko-oireisen nuoren hoidossa (Krebs ym. 2015). Onnistunut kokonaisuhoito näkyy myös aivokuvantamistutkimuksissa (fMRI) OCD-spesifien aivoalueiden aivotointojen normalisoitumisena (Nabeyama ym. 2008).

Lasten ja nuorten pakko-oireisessa häiriössä on löydetty viisi kliinisesti ja teoreettisesti relevanttia oireryhmää, joiden välillä oirekuvat ovat vaihtelevat. Nämä ovat 1) mielensisäiset rituaalit, koskettelu ja järjestely, 2) saastuminen ja puhdistaminen 3) taikauskaiset ajatukset, 4) pakkoajatukset, tarkastuspakko ja tunnustaminen sekä 5) somaattiset huolenaiheet. (Ivarsson & Valderhaug 2006.) Vaikuttaakin, että lasten ja nuorten pakko-oireisella häiriöllä saattaa olla omia kehityksellisiä linjojaan ja löydetty alaryhmät voivat vaikuttaa lasten ja nuorten OCD:n arviointiin, prognoosin tekemiseen ja hoitojen tutkimukseen (Ivarsson & Valderhaug 2006).

Nuorten hoitoresistenttiyden piirteitä ovat selvästi suurempi määrä pakkoajatuksia ja -toimintoja, enemmän internalisoivia oireita, suurempi stressi liittyen perheen mukautuvuuteen ja suuremmat toimintakyvyn puutteet kuin hoidosta hyötyvien ryhmällä (Storch ym. 2008). Tämä voi vaikuttaa hoitolinjan valintaan hyvin vaikeasti oirehtivien nuorten kohdalla ja sairaalahoidossa annettu moniammatillinen nuorten hoito-ohjelma voi olla tällöin oikea ja tehokas hoitomuoto (Bjorgvinsson ym. 2008).

Varhainen puuttuminen on myös pakko-oireisen häiriön hoidossa tärkeää. Nuoret, joiden oireet ovat vähemmän vakavat ja jotka pääsevät nopeammin hoitoon saavuttavat suuremmalla todennäköisyydellä remission (Mancebo ym. 2014). Jos hoito edistyy sairastumisen akuutissa vaiheessa hyvin, pystyy potilas paremmin myös pitkällä aikavälillä säilyttämään hoidosta saamansa edun (aikuisotos) (Foa ym. 2013). Nuorten pakko-oireisten prognoosi on parempi kuin aikuisten (Mancebo ym. 2014).

Varhainen puuttuminen on haastavaa, koska nuorempana sairastuneet potilaat hakevat apua myöhemmin kuin vanhempana sairastuneet. Diagnoosin saaminen kesti tutkittavan OCD-potilasryhmän jäseniltä keskimäärin kaksi vuotta (aikuisotos). Tästä johtuen etenkin lapsuudessa ja nuoruudessa alkanut pakko-oireinen häiriö pitäisi tunnistaa ja diagnosoida nopeasti oikeanlaisen hoidon takaamiseksi. Tästä johtuen myös terveydenhuollon ammattilaisten pakko-oireeseen liittyvä koulutus on tärkeää. (Stengler ym. 2013.) Merkittäviä muuttujia pakko-oireisten

nuorten hoidossa ovat oireiden vakavuus, perheen mukautuminen oireisiin sekä nuoren sukupuoli. Näistä ei kuitenkaan mikään ennusta hoitovastetta, ei myöskään komorbiditeetti. (Rudy ym. 2014.)

Pakko-oireista häiriötä voidaan hoitaa myös muuten kuin kasvatusten tapahtuvassa terapia-kontaktissa. Potilaat ovat pitäneet internetin kautta annettavaa hoitoa hyvänä ja se madaltaa hoitoon hakeutumisen kynnystä. Internetin kautta hoitoon tulleiden oireet ovat olleet tutkimuksessa vakavampia kuin lääkärin kautta hoitoon hakeutuneiden. (Wootton ym. 2011.) Aikuisilla on tutkittu puhelimitse annettavan KKT:n tehokkuutta ja todettu myös siinä kliinisen hoitotuloksen olevan yhtä tehokasta kuin kasvatusten annettavassa terapiassa. Myös siinä asiakastytyväisyys oli korkea (Lovell ym. 2006).

Nuorten pakko-oireiden arvioinnissa yleisin mittari on The Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS) (Lack ym. 2006). Toimintaterapeuttista lähestymistapaa voidaan käyttää luovien altistus- ja uudelleensuuntautumisharjoitteiden ja oireista muualle suuntaavan vapaa-ajan suunnittelussa (Sochting & Third 2011; Young & Hawkins 2011).

Hakutulokset tiedonlouhinta-vaiheesta (engl. data mining) on tiivistetty seuraaviin taulukoihin:

Taulukko 2. Hakutulokset Cinahl

Cinahl (2 tutkimusta ja 2 artikkelia)			
Tutkimuksen/artikkelin nimi, tekijät, julkaisija ja vuosi	Tarkoitus, tutkimuskysymys	Aineisto, aineiston keruu, tutkimusasetelma	Keskeiset tulokset ja johtopäätökset
Artikkelin nimi: Assessment of obsessive-compulsive disorder.  Young, A; Hawkins, S.  Practice Nursing (PRACT NURS), Apr2011; 22(4): 178-183. (5p)	Vaikeahoitoisen pakko-oireisen nuoren arviointi- ja hoitoprosessi.	"Lydia", 17 vuotta, tapausselostus  Lähdeluettelon lähteet	OCD:n eksternalisaatio, sairaudelle nimen antaminen auttaa sen käsittelyssä. Psykoedukaatio on siksi tärkeää.  Hoitomotivaation selvittäminen hoidon alussa on tärkeä tehdä.

			<p>Ajatusten pysäytys- ja rentoutustekniikat auttavat oireiden hallitsemisessa.</p> <p>Toimintaterapeutti voi olla suunnittelemassa hoidettavan vapaa-aikaa niin, että huomio pakko-oireista siirtyy muualle.</p> <p>Tavoitteena viikoittaiset edistysaskeleet oireisiin käytetyn ajan suhteen (edistyspäiväkirja, palkitseminen onnistumisista).</p> <p>Oirehierarkian kirjaus, tavoitteena oireiden hallitseminen vähemmän ahdistavasta kohti ahdistavampia oireita.</p> <p>On tärkeää, että nuoren sosiaaliset suhteet eivät katkeaisi sairauden johdosta.</p> <p>Hoitosuunnitelman ja päätösten teko yhdessä nuoren kanssa tukee nuoren autonomian tunnetta.</p> <p>Hoidon hyötyjen ja haittojen vertailu lomakkeella ("balance sheet").</p>
Long-term course of pediatric obsessive-compulsive disorder: 3 years	Arvioitiin pitkäaikaista toipumista hoitoon hakeutuvien	N= 60 nuorta, joilla OCD ja heidän vanhempansa	Osittaisen remission todennäköisyys oli 0.53 ja täydellisen 0,27.

<p>of prospective follow-up.</p> <p>Mancebo M; Boisseau C; Garnaat S; Eisen J; Greenberg B; Sibrava N; Stout R; Rasmussen S.</p> <p>Comprehensive Psychiatry (COMPR PSYCHIATRY), 2014; 55(7): 1498-1504. (7p)</p>	<p>OCD-nuorten keskuudessa sekä verrattiin remissioon toipumista nuorten ja aikuisten välillä.</p>	<p>Kolmivuotinen pitkittäistutkimus, vuosittaiset haastattelut CY-BOCS ja Y-LIFE (Youth Longitudinal Interval Follow-up Evaluation) mittarein.</p> <p>Remissio todettiin, jos DSM-IV kriteerit eivät täyttyneet vähintään kahdeksan viikon ajan.</p>	<p>Nuorten OCD:n prognoosi on parempi kuin aikuisten.</p> <p>Nuoret joiden oireet ovat vähemmän vakavat ja jotka pääsevät nopeammin hoitoon saavuttavat remission suuremmalla todennäköisyydellä. Aikainen puuttuminen ja hoitoon pääsy on nuorten pakko-oireisen häirion hoidossa tärkeää.</p>
<p>Artikkeli:</p> <p>More than just monsters under the bed: assessing and treating pediatric OCD.</p> <p>Lack CW; Storch EA; Murphy TK</p> <p>Psychiatric Times (PSYCHIATRIC TIMES), Mar2006; 23(3): 54-57. (4p)</p>	<p>Yleisesitys lapsuus- ja nuoruusiän pakko-oireisesta häiriöstä</p>	<p>Lähdeluettelon lähteet</p>	<p>Jopa 80%:lla pakko-oireisesta häiriöstä kärsivistä oireilu on alkanut lapsuus- ja nuoruusiässä. Näistä poikia on lapsuusiässä 67% ja nuoruusiässä 64%.</p> <p>Arvioinnissa yleisin mittari on The Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS).</p> <p>Hoidossa kognitiivisen käyttäytymisterapian kolme keskeistä komponenttia ovat altistus, rituaalin ehkäisy ja kognitiivinen uudelleenstrukturointi. Lapset ja nuoret opetetaan "puhumaan takaisin" pakkoajatuksilleen,</p>



			<p>tunnistamaan ja uudelleen määrittelemään ne.</p> <p>Pelkotikapuiden teko, hierarkkinen lista oireista, jota lähdetään työskentelemään läpi.</p> <p>Hoidettavan lapsen ja nuoren kyky sitoutua ERP-hoittoon riippuu hänen kehityksensä tasosta, motivaatiostaan sekä terapian ja OCD:n ymmärryksen tasosta.</p> <p>Perheen sopeutuminen (FA, Family Accommodation) ylläpitää sairautta, siksi perheen mukaan ottaminen hoitoon on keskeinen tavoite.</p>
<p>Mother-Child Interactions and Childhood OCD: Effects of CBT on Mother and Child Observed Behaviors.</p> <p>Schlup, B; Farrell, L; Barrett, P.</p> <p>Child &amp; Family Behavior Therapy (CHILD FAM BEHAV THER), Oct-Dec2011; 33(4): 322-336. (15p)</p>	<p>Tutkimuksessa selvitettiin ryhmämuotoisen kognitiivisen perhe-keskeisen kognitiivisen käyttäytymisterapian vaikutusta (CBT-F) äiti-lapsi käyttäytymiseen tilanteessa, missä lapsella on pakko-oireinen häiriö. Myös itse muutosprosessi</p>	<p>N = 44 lasta ja nuorta (7-17v.), joilla OCD sekä heidän äitinsä</p> <p>Odotuslista-kontrolliryhmä (waitlist-controlled study design)</p> <p>14 viikoittaista 90 minuutin ryhmäsessiota, mikä sisälsi ryhmämuotoista kognitiivista</p>	<p>Tutkitussa pakko-oireisten lasten ja heidän äitiensä CBT-F ryhmässä negatiivinen käytös (kriittisyys, liiallinen puuttuminen, epäily) väheni ja positiivinen (lämmen suhtautuminen, luottamus, positiivinen ongelmanratkaisu, palkitseva itsenäisyys) lisääntyi niin lapsissa kuin äideissäkin.</p> <p>Perheissä, missä lapsella tai nuorella on OCD, voi</p>

	<p>oli tutkimuksen kohteena.</p>	<p>käyttäytymisterapiaa lapsen kanssa (50min; psykoedukaatiota, kognitiivisia keinoja, ahdistuksen hallintakeinoja, asteittaista altistusta ja reaktion ehkäisyä, relapsin ehkäisyä), vanhempain taito-ohjausta (30min; psykoedukaatiota, ongelmanratkaisutaitoja, liiallisen puuttumisen vähentämisstrategioita, perheen tukea kotona tapahtuvalle ERP:lle) ja perheen edistymisen arviointia (10min). Lisäksi koko hoito-ohjelman aikana oli kolme sisarustapaamista (30min/kerta; psykoedukaatiota).</p> <p>CBT-F sisälsi strukturoidut ja manualisoidut viikoittaiset vanhempien ohjaukset, sisarusten psykoedukaation</p>	<p>CBT-F potentiaalisesti auttaa lapsen ja äidin vuorovaikutusta.</p> <p>Äiti-lapsi/nuori -vuorovaikutuksen muutos ei kuitenkaan korreloinut OCD-oireiden muutoksen kanssa (CY-BOCS mittarilla).</p> <p>Lasten ja nuorten ikäryhmien välillä ei ollut tutkimuslöydösten suhteen eroavaisuuksia.</p> <p>Tutkimuksen tausta tiedoista käy ilmi, että perheen, vanhempien ja sisarusten suhtautuminen pakko-oireiseen lapseen/nuoreen näyttää ylläpitävän oireita ja heikentävän hoitotuloksia. Aikuistutkimuksissa perheyö näyttäisi myös estävän relapsia.</p>
--	----------------------------------	--	---

		ja perheistunnot joka hoitosession päätteeksi.	
--	--	--	--

Taulukko 3. Hakutulokset Cochrane

Cochrane (8 tutkimusta)			
Tutkimuksen/artikkelin nimi, tekijät, julkaisija ja vuosi	Tarkoitus, tutkimuskysymys	Aineisto, aineiston keruu, tutkimusasetelma	Keskeiset tulokset ja johtopäätökset
<p>A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder.</p> <p>Sousa MB, Isolan LR, Oliveira RR, Manfro GG, Cordoli AV</p> <p>The Journal of clinical psychiatry. 67(7):1133-9, 2006 Jul.</p>	<p>Ryhmämuotoisen kognitiivisen käyttäytymisterapian (CBGT) ja serotoniniin takaisinestolääkityksen (SRI) tehokkuuden vertailu.</p>	<p>N = 56, aikuista, joilla OCD.</p> <p>Vertaileva tutkimus, RCT.</p> <p>28 potilasta sai 100mg sertraliinia vuorokaudessa ja vertailuryhmä 28 potilasta ryhmämuotoista kognitiivista käyttäytymisterapiaa 12 viikon ajan. Arviointi Y-BOCS ja CGI-SI mittarein.</p>	<p>Molemmat hoidot olivat tehokkaita, mutta CBGT osoittautui tehokkaammaksi (C-Y-BOCS tason lasku keskimäärin 44%, 8 remission saavuttanutta potilasta, pakko-toimintojen intensiivisyyden putoaminen (<math>p = .030</math>)) kuin sertraliini-hoito (C-YBOCS taso laski 28%, yksi remissio).</p>
<p>Treatment motivation, treatment expectancy, and helping alliance as predictors of outcome in cognitive behavioral treatment of OCD.</p> <p>Vogel PA, Hansen B, Stiles TC, Gotestam KG</p> <p>Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 37(3):247-55, 2006 Sep.</p>	<p>Tilan paranemiseen vaikuttavien tekijöiden vertailu pakko-oireisen häiriön hoidossa.</p>	<p>N = ?, avohoidossa olevia aikuisia, joilla OCD. RCT.</p> <p>Regressioanalyysillä verrattiin eri muutujien vaikuttavuutta CBT-hoidossa.</p>	<p>Positiivinen terapeutin allianssi osoittautui merkittäväksi tekijäksi Y-BOCS mittarilla mitattuna kognitiivisen käyttäytymisterapian jälkeen, hoitomotivaatio ja hoito-odotukset puolestaan eivät.</p>

			12 kuukauden seurannan jälkeen mikään em. muuttuja ei osoittautunut merkittäväksi, mutta terapeutisella hoitoallianssilla oli edelleen merkitystä.
<p>Functional MRI study of brain activation alterations in patients with obsessive-compulsive disorder after symptom improvement.</p> <p>Nabeyama M, Nakagawa A, Yoshiura T, Nakao T, Nakatani E, Togao O, Yoshizato C, Yoshioka K, Tomita M, Kanba S</p> <p>Psychiatry research. 163(3):236-47, 2008 Aug 30.</p>	<p>Etuaivokuoren alaisen hermoverkkojen toimintahäiriö on ollut pakko-oireisen häiriön patofysiologian yleisin löytö ja viimeaikaiset tutkimukset ovat osoittaneet myös neuro psykologista tason laskua OCD:ssa.</p> <p>Tutkimuksella selvitettiin pakko-oireista häiriötä sairastavien henkilöiden aivotoimintojen muutoksia kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla saavutetun kliinisen tilan paranemisen yhteydessä ilman lääkelaikaineiden vaikutusta.</p>	<p>N = 11, aikuisia, joilla OCD. Vertailuryhmässä 19 kontrollia.</p> <p>Aivotutkimus käytäten funktionaalista MRI:tä.</p> <p>Testinä Stroop-testi molemmille ryhmille alkutilanteessa ja potilaille vielä uudella testillä 12 viikon KKT-hoitojakson jälkeen.</p>	<p>Alkutilanteessa OCD-potilailla oli vähemmän aivoaktiivisuutta etumaisessa pihtipoimussa kuin kontrollihenkilöillä.</p> <p>OCD-oireiden merkittävästi parannuttua kognitiivisen käyttäytymisterapian seurauksena, pikkuaivojen ja päälaenlohkoon aktiivisuus oli kasvanut, orbitofrontaalisen aivokuoren, keskimäisen etupoimun ja ohimoalueen aktiivisuus oli lakenut Stroop-testin aikana ja itse testitulokset olivat parantuneet.</p> <p>Tutkimuslöydökset viittaavat siihen, että takimmaisten aivoalueiden, etenkin pikkuaivojen</p>

			toimintahäiriöt liittyvät pakko-oireisen häiriön patogeenisiin ja että alueen aivotoinnot voivat normalisoitua OCD:n oireiden vähenemisen seurauksena.
<p>Does the therapy manual or the therapist matter most in treatment of obsessive-compulsive disorder? A randomized controlled trial of exposure with response or ritual prevention in 118 patients.</p> <p>van Oppen P, van Balkom AJ, Smit JH, Schuurmans J, van Dyck R, Emmelkamp PM</p> <p>The Journal of clinical psychiatry. 71(9):1158-67, 2010 Sep.</p>	<p>Tutkimuksella selvitettiin terapeutin koulutuksen ja kokemuksen merkitystä pakko-oireisen häiriön ERP-hoidossa.</p>	<p>N = 118, aikuisia, joilla on OCD.</p> <p>RCT, kuusi vuotta kestänyt tutkimus. Arviointi Y-BOCS.</p> <p>Potilaat jaettiin satunnaisesti neljään ryhmään:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kokeneen terapeutin ohjaama ERP-ryhmä</li> <li>2) terapeutin kontrolloima, psykologian opiskelijoiden ohjaama ERP-ryhmä</li> <li>3) itsekontrolloitu, terapeutin ohjeistama ERP-ryhmä</li> <li>4) itsekontrolloitu, psykologiopiskelijoiden ohjeistama ERP-ryhmä.</li> </ol>	<p>ERP-osoittautui tehokkaaksi hoitomuodoksi kaikilla tutkimusasetelmaan kuuluneilla hoitomalleilla eikä niiden välillä ollut merkittävää eroa lopputuloksen suhteen.</p> <p>Ylempään korkeakoulututkintoon johtavissa psykologin opinnoissa oleva, kliinisesti kokematon psykologiopiskelija voi olla aivan yhtä hyvä OCD-potilaan hoidossa kuin laillistettu KKT-terapeutti, mikäli opiskelija noudattaa hoitomanuaalia ja mikäli hän saa asianmukaisen menetelmäkoulutuksen ja ohjauksen.</p>

<p>Randomized comparative study of group versus individual cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder.</p> <p>Jonsson H, Hougaard E, Bennedsen BE</p> <p>Acta psychiatrica Scandinavica. 123(5):387-97, 2011 May.</p>	<p>Tarkoituksena oli vertailla kognitiivisen käyttäytymisterapian yksilö- ja ryhmämuotisentertapian tehokkuuden eroa.</p>	<p>N = 101, henkilöä, joilla OCD.</p> <p>Ryhmän jäsenet jaettiin satunnaisesti joko yksilölliseen tai ryhmämuotoiseen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan.</p> <p>Tuloksia arvioitiin mittarein ennen ja jälkeen hoidon sekä 6kk ja 12kk seurantajaksojen jälkeen (Y-BOCS). Lisäksi tehtiin meta-analyysi neljästä vastaavatyypisestä tutkimuksesta.</p>	<p>Molemmat terapia-muodot osoittautuivat yhtätehokkaiksi.</p> <p>Neljän muun tutkimuksen meta-analyysi ei sulje pois mahdollisuutta, että yksilöterapia olisi hieman tehokkaampi.</p>
<p>Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II) randomized controlled trial.</p> <p>Franklin ME, Sapyta J, Freeman JB, Khanna M, Compton S, Almirall D, Moore P, Choate-Summers M, Garcia A, Edson AL, Foa EB, March JS</p> <p>JAMA. 306(11):1224-32, 2011 Sep 21.</p>	<p>Tutkittiin pelkän SRI-lääkityksen kontrollikäynteineen, SRI-lääkityksen kontrollikäynteineen ja KKT:n sekä SRI-lääkityksen kontrollikäynteineen ja KKT:n lyhyen muodon (lääkekontrolleissa annetun KKT-ohjeistuksen) vaikutuksia lapsi- ja nuorisoikäisten pakko-oireisen häiriön hoidossa.</p>	<p>N = 124, lapsia ja nuoria (7-17v), joilla OCD. 12 kk RCT.</p> <p>Kolmessa yliopistolaisessa avohoitoklinikassa. Tutkittavilla CY-BOCS tulos 16 tai korkeampi SRI-lääkekokeilusta huolimatta. Kolme yhtä suurta ryhmää, joihin sovellettiin eri hoitostrategioita. Hoitoon kuului 7 sessiota 12 viikon</p>	<p>Lääkitys kontrolloineen yhdistettynä varsinaiseen KKT:aan oli tehokain hoitomuoto: 68,6% pääsi tavoitetasolle.</p> <p>Lääkityksen kontrolloineen ja KKT-ohjeistuksen saaneesta ryhmästä 34% ja pelkän lääkeytyksen saaneista 30% pääsi tavoitetasolle. Tilastollisesti tämä ero ei ole merkittävä.</p>

		aikana ja varsinaiselle KKT-ryhmälle vielä 14 samanai-kaista terapiases-siota.	Lääkitys kontrolleineen sekä KKT on merkittävästi pa-rempi kuin kaksi muuta hoitovaihto-ehtoa lasten ja nuoren pakko-oireisen häiriön hoidossa.
<p>A randomized controlled trial of self-directed versus therapist-directed cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder patients with prior medication trials.</p> <p>Tolin DF, Hannan S, Maltby N, Diefenbach GJ, Worhunsky P, Brady RE</p> <p>Behavior therapy. 38(2):179-91, 2007 Jun.</p>	<p>Tutkimuksessa ver-taillaan, onko kog-nitiiviseen käyttä-tymisterapiaan liit-tyvä ERP tehok-kaampaa terapeutin ohjaamana vain it-sehoitona.</p>	<p>N = 41, avohoidossa olevia aikuisia, joilla OCD ja joilla ainakin yksi käyn-nissä oleva tai aikai-semmin tehty lää-kekekeilu.</p>	<p>Molemmissa ryh-missä potilaiden oi-reet vähenivät mer-kittävästi tilastolli-sesti ja kliinisesti.</p> <p>Terapeutin ohjaama ERP oli tehokkaam-paa oireiden vähe-nemisen ja toimin-takyvyn paranemi-sen suhteen.</p>
<p>Office-based vs home-based behavioral treat-ment for obsessive-compulsive disorder: a preliminary study.</p> <p>Rowa K, Antony MM, Summerfeldt LJ, Purdon C, Young L, Swinson RP</p> <p>Behaviour research and therapy. 45(8):1883-92, 2007 Aug.</p>	<p>Tutkimuksessa sel-vitettiin, onko ERP tehokkaampaa, jos se annetaan poti-laan kotona tai muussa luonnolli-nessa ympäristössä, missä oireet ilme-nevät kuin tera-peutin toimistossa annettuna.</p>	<p>N = 28 avohoidossa olevaa henkilöä, joilla OCD.</p> <p>Potilaat jaettiin sa-tunnaisesti kahteen ryhmään, missä he saivat 14 kertaa 90 minuutin ERP-ses-siot siten, että toi-sen ryhmän potilaat saivat hoidon tera-peutin vastaanotto-tiloissa ja toinen siellä, missä oireet normaalisti ilmeni-vät.</p>	<p>Kaikki osallistujat edistyivät merkittä-västi hoidossa riip-pumatta siitä, missä he hoitoa saivat.</p> <p>Hoidon vaikuttavuudessa ei ollut eroa, tapahtui se sitten vastaanottotiloissa tai kotona.</p>

		Osallistujat arvioitiin ennen ja jälkeen hoidon sekä kolmen ja kuuden kuukauden seurannan jälkeen.	
--	--	--	--

Taulukko 4. Hakutulokset Medic

Medic (1 systemaattinen kirjallisuuskatsaus)			
Tutkimuksen/artikkelin nimi, tekijät, julkaisija ja vuosi	Tarkoitus, tutkimuskysymys	Aineisto, aineiston keruu, tutkimusasetelma	Keskeiset tulokset ja johtopäätökset
<p>Psyko-terapeut- tisten hoito- muotojen vaikut- tavuus nuorten ahdistu- neisuushäiriöissä : sys- temaattiseen hakuun perustuva kirjallisuus- katsaus</p> <p>Ranta K, Gergov V, Tai- nio V-M, Lindberg N, Strandholm T, Ehrling L, Marttunen M</p> <p>Lääkärilehti, Katsausar- tikkeli, 30.4.2015 18/2015 vsk 70 s. 1253 - 1259</p>	<p>Psyko- terapioiden vaikut- tavuus ahdis- tuneisuushäiriöissä nuorisoikäisten osalta.</p>	<p>Systemaattinen tie- tokoneistettu haku koskien nuorten ah- distushäiriöiden psyko- terapi- aa.</p> <p>Haku tehtiin Pub- Med-, Ovid Psychin- fo- ja Cochrane Da- tabase -tietokan- noista.</p>	<p>Haut tuottivat 23 kontrolloitua tutki- musta, joista seit- semän liittyi pakko- oireiseen häiriöön.</p> <p>Kognitiivinen käyt- täytymisterapia on nuorten ahdistunei- suushäiriöihin yleensä ja niihin liittyen pakko- oirei- seen häiriöön vai- kuttava ja ensisijai- nen hoito- muoto.</p> <p>Muiden psyko- terapi- oiden vaikut- tavuu- desta ei ole tois- taiseksi riittä- vää näyttöä nuorten osalta.</p>



Taulukko 5. Hakutulokset Medline

Medline (17 tutkimusta)			
Tutkimuksen/artikkelin nimi, tekijät, julkaisija ja vuosi	Tarkoitus, tutkimuskysymys	Aineisto, aineiston keruu, tutkimusasetelma	Keskeiset tulokset ja johtopäätökset
<p>How resistant is 'treatment-resistant' obsessive-compulsive disorder in youth?</p> <p>Krebs G; Isomura K; Lang K; Jassi A; Heyman I; Diamond H; Advani J; Turner C; Mataix-Cols D.</p> <p>British Journal of Clinical Psychology. 54(1):63-75, 2015 Mar.</p>	<p>OCD nähdään usein vaikeahoitoiseksi häiriöksi. Tutkimuksen hypoteesi on, että hoitoresistenttien nuorien huono hoitotulos johtuu väärin annetusta hoidosta ja oikein hoidettuna nämäkin nuoret hyötyvät hoidosta.</p>	<p>N= 43 nuorta, joilla OCD</p> <p>21 optimoidulla lääkityksellä, 22 ilman, 15 teki puolistrukturoidun haastattelun edellisen CBT-hoidon sisällöstä ja laadusta, kolmen kuukauden seuranta ja CY-BOCS-arviointi</p>	<p>Aikaisemmin hoitoresistenteiksi luokitellut nuoret hyötyivät merkittävästi pakko-oireisen häiriön hoitoon erikoistuneiden terapeuttien antamasta manualisoidusta CBT-hoidosta. Vaikeahoitoiset OCD-nuoret hyötyvät altistamisesta ja rituaalin ehkäisemisestä (ERP). Näyttöön perustuvien hoitojen käytön yleistyminen ja lääkityksen optimointi on tärkeää.</p>
<p>Predictors of treatment response to intensive cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder.</p> <p>Rudy BM; Lewin AB; Geffken GR; Murphy TK; Storch EA.</p>	<p>Kenelle intensiivinen pakko-oireisen häiriön avohoito-interventio, intensiivinen CBT, sopii? Mikä on ennustettavien muuttujien (tutkittu kolmea muuttujien kategoriaa: demografia, ocd oireiden piirteet, komorbi-</p>	<p>N= 78 nuorta, joilla OCD</p> <p>Intensiivinen neljäntoista perhekeskeisen CBT-session kolmeviikkoinen hoitojakso.</p>	<p>Hoidettavista 88,5% sai vastetta, 62,8% saavutti kliinisen remission.</p> <p>Tulokset tuottivat kolme merkittävää ennustavaa muuttujaa (oireiden vakavuus, perheen mukautuminen oireisiin ja sukupuoli), jotka vaikuttivat</p>

Psychiatry Research. 220(1-2):433-40, 2014 Dec 15.	diteetti) vaikutta- vuus hoidon jälkei- seen oireiden vaka- vuuteen, remissioon ja hoitovasteeseen		hoidon jälkeiseen oireiden vakavuu- teen ja remissioon. Mikään muuttuja ei ennustanut hoito- vastetta eikä ko- morbiditeetti ollut ennustava muuttuja suhteessa mihin- kään hoitotulok- seen.
Patient and family fac- tors associated with family accommodation in obsessive-compulsive disorder.  Gomes JB; Van Noppen B; Pato M; Braga DT; Meyer E; Bortoncello CF; Cordioli AV.  Psychiatry & Clinical Neurosciences. 68(8):621-30, 2014 Aug.	Family accomoda- tion (FA) eli per- heen mukautumi- nen ocd-oireistoon tukee sairasta- mista.  Kuinka yleistä per- heen mukautumi- nen pakko-oireiseen häiriöön on ja mitkä ovat perheen sosio- demografiset ja kliiniset muuttujat perheen mukautu- misessa.	N=228  114 OCD-potilasta ja 114 perheenjä- sentä.  Koehenkilöt arvioi- tiin ennen 12 kerran ryhmämuotoista CBT hoitoa (GCBT). Muuttujia verrattiin perheen mukautu- vuuteen (FA).	Perheen mukautu- minen oireisiin lisäsi pakko-oireiden va- kavuutta.  Perheenjäsenten ominaisuudet, jotka assosioituivat posi- tiivisesti mukautu- miseen olivat taipu- mus kerätä tava- roita varastoon (hoarding) ja poti- laan puolison mu- kautuminen poti- laan oireisiin.
Six-month follow-up of a randomized con- trolled trial augment- ing serotonin reuptake inhibitor treatment with exposure and rit- ual prevention for ob- sessive-compulsive dis- order.  Foa EB; Simpson HB; Liebowitz MR; Powers	Tavoitteena verrata SRI-lääkityksen ohessa annetun al- tistus ja rituaalin ehkäisyn sekä stres- sinhallintakeinojen tehokkuutta toi- siinsa.	N= 111, aikuisia, joilla OCD  Kuuden kuukauden satunnaistettu ver- tailukoe, missä kah- den yliopistollisen avohoitopoliklinikan SSRI-lääkityksestä osittaisen vasteen saaneet koehenkilöt saivat ERP- tai	SRI-lääkityksen ohella annettu ERP osoittautui tehok- kaammaksi kuin lää- kityksen ohella an- nettu stressinhallin- takeinojen ohjaus niin lyhyellä kuin pitkällä aikavälillä.  Sairastumisen akuu- tin vaiheen hoidon

<p>MB; Rosenfield D; Cahill SP; Campeas R; Franklin M; Hahn CG; Hembree EA; Huppert JD; Schmidt AB; Vermes D; Williams MT.</p> <p>Journal of Clinical Psychiatry. 74(5):464-9, 2013 May.</p>		<p>stressinhallintaohjausta akuutissa vaiheessa kaksi kertaa viikossa kahdeksan viikon ajan.</p> <p>Heistä 49 osallistui vielä 24 viikon ylläpitohoitojaksolle.</p>	<p>hyvä edistyminen korreloi sen kanssa kuinka hyvin potilas pystyy säilyttämään hoidosta saamansa edun.</p>
<p>Mental health treatment seeking among patients with OCD: impact of age of onset.</p> <p>Stengler K; Olbrich S; Heider D; Dietrich S; Riedel-Heller S; Jahn I.</p> <p>Social Psychiatry &amp; Psychiatric Epidemiology. 48(5):813-9, 2013 May.</p>	<p>Tavoitteena selvittää millainen on OCD-potilaan avunsaanti psykiatrian/psykoterapian ammattilaisen ja perusterveydenhuollon tasolla sekä myös suhdetta varhaisten oireiden, diagnosoinnin ja ammattiavun käytön välillä.</p>	<p>N= 88, aikuisia, joilla OCD</p> <p>Leipzigin yliopistosairaalan poliklinikan OCD-potilaiden ammattiavun käyttöä arvioitiin tutkimusta varten suunnitellulla kyselylomakkeella.</p>	<p>Nuorempana sairastuneet OCD-potilaat hakivat apua myöhemmin/hitaammin kuin vanhempana sairastuneet.</p> <p>Diagnoosi saaminen kesti keskimäärin kaksi vuotta. Apua haettiin heti psykiatriltä/terapeutilta, ei yleislääkäriltä.</p> <p>Etenkin lapsuudessa ja nuoruudessa alkanut OCD pitäisi diagnosoida nopeammin oikean avun turvaamiseksi. Psykiatrit ja psykoterapeutit tarvitsevat lisäkoulutusta OCD:n parempaan diagnosointiin ja hoitoon.</p>
<p>The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention</p>	<p>Tutkimuksessa selvitettiin varhaisten, huonosti adaptoitujen</p>	<p>N= 88, aikuisia, joilla OCD</p>	<p>Ennen hoitoa testeissä saadut korkeat pisteet hylkäämisskeemassa olivat</p>

<p>outcome for obsessive-compulsive disorder.</p> <p>Haaland AT; Vogel PA; Launes G; Haaland VO; Hansen B; Solem S; Himle JA.</p> <p>Behaviour Research &amp; Therapy. 49(11):781-8, 2011 Nov.</p>	<p>vien skeemojen vaikutusta hoitotulokseen OCD-potilailla.</p>	<p>Ennen ja jälkeen ERP-hoidon tutkitavat täyttivät Y-BOCS, BDI ja YSQ-lyhyt muotoinen (Young Schema Questionnaire, Short Form) lomakkeet.</p>	<p>suhteessa huonoon hoitotulokseen.</p> <p>Ennen hoito testeissä saadut korkeat pisteet itsensä uhraamisskeemassa olivat suhteessa hyvään hoitotulokseen.</p> <p>Hoidon aikana vain muutokset epäonnistumisskeemassa olivat merkittävässä suhteessa hyvään hoitotulokseen.</p>
<p>The acceptability of Internet-based treatment and characteristics of an adult sample with obsessive compulsive disorder: an Internet survey.</p> <p>Wootton BM; Titov N; Dear BF; Spence J; Kemp A.</p> <p>PLoS ONE [Electronic Resource]. 6(6):e20548, 2011.</p>	<p>Pakko-oireiseen häiriöön sairastuvat viivyttelevät hoitoon hakeutumisensa kanssa. Tutkimuksessa selvitettiin miten diagnosoitua OCD-potilaat ja muut ihmiset joilla on OCD-oireita hyväksyvät ja ottavat käyttöön iCBT:n (internet-based Cognitive Behavioral Therapy).</p>	<p>N= 561, ikäjakauma ei tiedossa, OCD oireistoa</p> <p>129 internetkyselyyn osallistunut vapaaehtoista, 135 potilasta avohoidon poliklinikalta ja 297 henkilöä kansallisesta terveyskyselystä valittuna.</p> <p>Kyselyssä tutkittiin demografisia piirteitä, oireiden vaikeusastetta ja</p>	<p>Internet- ja vertailuryhmällä oli samanlainen demografinen jakautuminen, mutta internetryhmän oireet olivat vakavammat. Internet-ryhmän oireiden vakavuusaste vastasi kuitenkin kirjallisuudessa esitettyjä kliinisiä tapauksia.</p> <p>Internet-terapiaa pidettiin hyvänä hoitomuotona. Se madaltaa hoitoon hakeutumisen kynnystä. Perinteiset kasvotusten annet-</p>

			tavan terapian hoitomuodot internetissä käytettynä voivat olla tehokkaita internetin kautta apua hakevien ryhmässä ja niitä tuleekin kehittää ja arvioida lisää.
<p>Evidence for successful implementation of exposure and response prevention in a naturalistic group format for pediatric OCD.</p> <p>Olino TM; Gillo S; Rowe D; Palermo S; Nuhfer EC; Birmaher B; Gilbert AR.</p> <p>Depression &amp; Anxiety. 28(4):342-8, 2011 Apr.</p>	<p>Tutkimuksessa selvitetään, että miksi nuorillekin tehokkaaksi todettu ERP on hoitovasteeltaan erilainen eri nuorilla.</p>	<p>N= 41, lapsia ja nuoria, joilla OCD</p> <p>Ryhmämuotoinen intensiivinen perusterveydenhuollon nuorten avohoito.</p> <p>OCD-oireet, mieliala ja ahdistustaso mitattiin lähtötasona, hoidon kuluessa ja hoidon lopussa. Hoitotuloksen kehityskaarta ja ennustetta mitattiin lineaarisen kasvun mallien mukaan.</p>	<p>Ryhmämuotoinen altistus ja reaktion ehkäisyhoito (Group-based ERP) todettiin lasten ja nuorten hoidossa tehokkaaksi menetelmäksi sukupuolesta ja iästä riippumatta.</p> <p>ERP alensi tehokkaasti myös masennusta, mutta ei muita ahdistusoireita.</p> <p>Useat tekijät, mukaanlukien komorbiditeetti ja oiretyypit vaikuttavat hoitovasteeseen ja tulokseen lapsilla ja nuorilla.</p>
<p>Behavioral group treatment for obsessive-compulsive disorder in adolescence: a pilot study.</p>	<p>Pilottitutkimuksella selvitettiin ryhmämuotoisen KKT (GCBT) terapian te- study.</p>	<p>N= 7, nuoria, joilla OCD</p>	<p>Seitsemästä nuoresta viiden kliinisen tilan todettiin parantuneen, mikä</p>

<p>Sochting I; Third B.</p> <p>International Journal of Group Psychotherapy. 61(1):84-97, 2011 Jan.</p>	<p>hokkuutta pakko-oireisesta häiriöstä kärsivien nuorten kohdalla.</p>	<p>10 sessiota ryhmämuotoista kognitiivista käyttäytymisterapiaa kaksi tuntia viikossa.</p> <p>Hoidossa painotettiin kolmea hoidollisesti aikaisemmin toimivaksi todettua osaa: OCD:n ulkoistaminen mindful-nessin kautta, ERP sekä altistuksen jälkeinen uudelleensuuntautuminen rakentavaan ja vaihtoehtoiseen käyttäytymiseen.</p> <p>Toimintaterapeuttisella lähestymisellä oli olennainen osuus luovien altistus- ja uudelleensuuntautumisharjoitteiden suunnittelussa.</p> <p>Nuoret raportoivat kokemuksistaan ennen ja jälkeen hoidon sekä 12 kuukauden seurantajakson jälkeen.</p>	<p>tukee näyttöä ryhmämuotoisen hoidon käyttämisen tehokkuudesta nuorisoikäisille, lievistä tai keskivaikeasta pakko-oireisesta häiriöstä kärsiville potilaille.</p>
<p>A randomised controlled trial of cognitive behavioural treatment for obsessive compulsive disorder in</p>	<p>Tutkimuksella selvitetiin kognitiivisen käyttäytymisterapian tehoa lasten ja</p>	<p>N= 21, lapsia ja nuoria (9-18 v.), joilla OCD</p>	<p>Kognitiivista käyttäytymisterapiaa voidaan käyttää tehokkaasti tyypillisessä lasten ja</p>

<p>children and adolescents.</p> <p>Williams TI; Salkovskis PM; Forrester L; Turner S; White H; Allsopp MA.</p> <p>European Child &amp; Adolescent Psychiatry. 19(5):449-56, 2010 May.</p>	<p>nuorten pakko-oireisen häiriön hoidossa avohoidon poliklinikalla.</p>	<p>Satunnaistettu vertailukoe (RCT). Kirjallisuus painotta ERP lähestymistä, mutta tässä tutkimusasetelmassa hoito keskittyi kognitioihin.</p> <p>10 hoitosessiota manualisoitua kognitiivista käyttäytymisterapiaa lapsille ja nuorille, joilla on pakko-oireinen häiriö sekä vertailuryhmä.</p>	<p>nuorten polikliinissä avohoitokontekstissa.</p>
<p>Cognitive-behavioral treatment of childhood obsessive-compulsive disorder in community-based clinical practice: clinical significance and benchmarking against efficacy.</p> <p>Farrell LJ; Schlup B; Boschen MJ.</p> <p>Behaviour Research &amp; Therapy. 48(5):409-17, 2010 May.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää näyttöön perustuvan manualisoidun kognitiivisen käyttäytymisterapian sopivuutta ja tulokellisuutta lapsuus ja nuoruusajan pakko-oireisen häiriön hoitoon (childhood OCD, pediatric OCD).</p>	<p>N= 33, lapsia ja nuoria, joilla OCD</p> <p>Arviointi diagnostisella haastattelulla, oireen vakavuuden haastattelulla ja itseraportoinnilla ennen ja jälkeen hoidon.</p> <p>Hoito käsitti 12 sessiota yksin tai pienessä ryhmässä. Vanhemmat otettiin mukaan hoitoon.</p>	<p>Manualisoitua CBT-hoitoa voidaan käyttää tehokkaasti paikallisilla poliklinikoilla. Tutkimukseen osallistuneista 63% hyötyi hoidosta.</p> <p>Merkityksellistä positiivista muutosta oli nähtävissä laajasti mm. diagnoosin ja oireiden vakavuudessa, potilaan ilmoittamassa masennuksen ja ahdistuksen asteessa sekä potilaan ja</p>

			vanhemman ilmoittamassa potilaan toimintakyvyn asteessa.
<p>Adding motivational interviewing and thought mapping to cognitive-behavioral group therapy: results from a randomized clinical trial.</p> <p>Meyer E; Shavitt RG; Leukefeld C; Heldt E; Souza FP; Knapp P; Cordioli AV.</p> <p>Revista Brasileira de Psiquiatria. 32(1):20-9, 2010 Mar.</p>	<p>Tutkimuksessa halettiin selvittää motivoivan haastattelun ja ajatuskartan (thought mapping) vaikutusta pakko-oireisen häiriön hoidossa KKT:n lisänä.</p>	<p>N= 40, aikuisia, joilla OCD päädiagnoosina, avohoidossa</p> <p>Satunnaistettu vertaileva koe, missä molemmat ryhmät saivat kognitiivista ryhmämuotoista käyttäytymisterapiaa, mutta toisen ryhmän jäsenille tehtiin vielä henkilökohtainen motivoiva haastattelu ja ajatuskartta.</p> <p>Lähtötason ja hoidon jälkeisen tason arviointiin käytettiin Y-BOCS mittaria.</p>	<p>Tilastollisesti merkittäviä eroja havaittiin Y-BOCS kokonaispisteissä ja kontaminaatio sekä aggressiodimensioiden pisteissä.</p> <p>Eri oiredimensioiden pisteissä havaittiin laskua, mutta lisätutkimukset ovat vielä tarpeen tutkimustuloksen vahvistamiseksi.</p>
<p>Treatment outcome for adolescent obsessive-compulsive disorder in a specialized hospital setting.</p> <p>Bjorgvinsson T; Wetternneck CT; Powell DM; Chasson GS; Webb SA; Hart J; Hefelfinger S; Azzouz R;</p>	<p>Olemassa oleva kirjallisuus suosittelee kognitiivista käyttäytymisterapiaa pakko-oireisen häiriön lievässä ja keskivaikeassa muodossa, samoin vaikeassa, mutta SRI-lääkityksen tukemana.</p>	<p>N= 23, nuoria, joilla OCD</p> <p>Sairaalahoitoon perustuva moniammatillinen hoito-ohjelma nuorille, jotka eivät saaneet apua avohoidosta.</p>	<p>Todettiin pakko-oireisten nuorten merkittävää paranemista useimmilla seuratuilla sairauksien muuttujilla 70% tutkittavista.</p> <p>Lisätutkimuksia aiheesta on tarpeen tehdä.</p>



<p>Entricht TL; Davidson JE; Stanley MA.</p> <p>Journal of Psychiatric Practice. 14(3):137-45, 2008 May.</p>	<p>Lievän ja keskivaikean OCD-ryhmän nuorisoikäisistä potilaista kuitenkin 27% ei saa merkittävää apua hoidosta eikä lääkeshoidosta myöskään ole aina apua.</p> <p>Tämä tutkimus selvittää intensiivisen, sairaalahoitoon suunnitellun hoito-ohjelman vaikutuksia nuorisoikäisten potilaiden kohdalla.</p>		
<p>A randomized, controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder.</p> <p>Simpson HB; Foa EB; Liebowitz MR; Ledley DR; Huppert JD; Cahill S; Vermes D; Schmidt AB; Hembree E; Franklin M; Campeas R; Hahn CG; Petkova E.</p> <p>American Journal of Psychiatry. 165(5):621-30, 2008 May.</p>	<p>Useimmilla OCD-potilailla, joilla on asianmukainen SRI-lääkitys, on edelleen kliinisesti merkittäviä oireita.</p> <p>Tutkimuksessa selvitetään SRI-lääkitykseen liitetävän kognitiivisen käytäytymisterapian ja siihen kuuluvan altistamisen ja reaktion ehkäisyn (ERP) vaikutuksia.</p>	<p>N= 108, aikuisia, joilla OCD ja Y-BOCS tulos <math>\geq 16</math> ainakin 12 viikon ajan ennen tutkimuksen alkamista huolimatta terapeutilla annoksella menevästä SRI-lääkityksestä.</p> <p>Kahdella yliopistolaisella avohoidon poliklinikalla verrailtiin SRI-lääkittyjen potilaiden hoidon täydentämistä kahdella KKT:n muodolla, altistamisen ja rituaalinel-</p>	<p>ERP sisältöinen KKT oli tehokkaampaa pakko-oireiden vähentämisessä kuin stressinhallintamenetelmiin perustuva KKT ja ensin mainitulla hoidolla selvästi useampi tutkimukseen osallistunut potilas oli saavuttanut viikolla kahdeksan arvon <math>\geq 12</math> (minimal symptoms) Y-BOCS mittarilla oireiden vaikeuden laskettua vähintään 25%.</p>

		käisyn tai stressin-hallintaharjoitusten avulla 17 session ajan, sessioita oli kahdesti viikossa. Lääkitys oli käytössä koko tutkimuksen ajan.	
<p>Clinical features associated with treatment-resistant pediatric obsessive-compulsive disorder.</p> <p>Storch EA; Merlo LJ; Larson MJ; Marien WE; Geffken GR; Jacob ML; Goodman WK; Murphy TK.</p> <p>Comprehensive Psychiatry. 49(1):35-42, 2008 Jan-Feb.</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli osoittaa kliiniset ja sosiodemograafiset erityispiirteet hoidosta vasteen saavien ja hoitoresistenttien pakko-oireisten nuorten välillä.</p>	<p>N= 60, lapsia ja nuoria, joilla OCD, avohoidossa</p> <p>Tutkimukseen osallistuvat olivat saaneet aikaisemmin asianmukaisen hoidon (KKT ja SRI-lääkitys).</p> <p>Hoitoresistenttejä verrattiin hoidosta hyötynneisiin useiden tekijöiden suhteen, esim. oireiden vakavuus ja luonne, oireiden internalisaatio- ja eksternalisaatiokyky, perheen mukautuvuus (FA) ja toimintakyky.</p>	<p>Hoitoresistenttien ryhmällä pakko-oireisen häiriön tutkimukseen osallistuneista oli selvästi enemmän pakkoajatuksia ja -toimintoja, enemmän internalisoivia oireita, suurempi stressi liittyen perheen mukautuvuuteen ja suuremmat toimintakyvyn puutteet kuin hoidosta hyötynneiden ryhmällä.</p> <p>Hoidosta hyötynneillä oli enemmän masennusta, mikä voi viitata heidän mahdollisesti suurempana kokeensa stressiin sairaudesta ja parempaan ymmärrykseen sairauden suhteen. Tämä voi</p>

			<p>myös lisätä heidän valmiuttaan ja motivaatiotaan ottaa hoitoa vastaan.</p> <p>Hoitoresistentille ryhmälle intensiivisemmät ja perhekeskeisemmät hoitointerventiot voivat olla tarpeen.</p>
<p>Telephone administered cognitive behaviour therapy for treatment of obsessive compulsive disorder: randomised controlled non-inferiority trial.</p> <p>Lovell K; Cox D; Haddock G; Jones C; Raines D; Garvey R; Roberts C; Hadley S.</p> <p>BMJ. 333(7574):883, 2006 Oct 28.</p>	<p>Tavoitteena ver- tailla puhelimitse ja kasvokkain annettua kognitiivista käyttäytymisterapiaa OCD-potilaan hoidossa.</p>	<p>N= 72, aikuisia, joilla OCD</p> <p>Satunnaistettu vertailukoe. 10 viikottaista sessiota kognitiivista käyttäytymisterapiaa (altistamista ja reaktionehkäisyä) puhelimitse ja kasvotusten.</p> <p>Tulosten arviointi Y-BOCS, BDI ja askastyytyväisyyskyselyin.</p>	<p>Kliininen hoitotulos molemmilla hoidoilla oli samanlainen, samoin askastyytyväisyys molemmissa ryhmissä korkea.</p>
<p>Symptom patterns in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder (OCD).</p> <p>Ivarsson T; Valderhaug R.</p> <p>Behaviour Research &amp; Therapy. 44(8):1105-16, 2006 Aug.</p>	<p>Tutkimus selvittää lasten ja nuorten oirekuvaa pakko-oireisessa häiriössä.</p>	<p>N= 213, lapsia ja nuoria, joilla OCD päädiagnoosina,</p> <p>Lapsen tai nuoren sekä lähimmän heitä hoitavan henkilön (primary caretakers) CY-BOCS (Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale)</p>	<p>Pakko-oireisilta lapsilta ja nuorilta löydettiin viisi kliinisesti ja teoreettisesti relevanttia oireryhmää:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mielenhäiriöt, rituaalit, koskettelu ja järjestely</li> <li>2) Saastuminen ja puhdistaminen</li> </ol>

		<p>mittarilla tuottamasta tiedosta muodostettiin oireiden vakavuus arviot 61:lle oireelle ja tutkimusryhmä analysoi tulokset.</p>	<p>3) Taikauskaiset ajatukset 4) Pakkoajatukset/tarkastuspakko ja tunnustaminen 5) Somaattiset huolenaiheet</p> <p>Oirekuvat ryhmien välillä vaihtelevat ja kolme ryhmää on erityisen homogeenisia. Ryhmiin liittyen oireiden vakavuudessa, määrässä ja iässä oli lisäksi eroja.</p> <p>Diskrepanssi suhteessa aikuistutkimuksiin viittaa siihen, että lasten ja nuorten pakko-oireisella häiriöllä saattaa olla omia kehityksellisiä linjojaan. Löydetyt alaryhmät vaikuttavat todennäköisesti lasten ja nuorten OCD:n arviointiin, prognoosin tekemiseen ja hoitojen tutkimukseen.</p>
--	--	---	--

## 5 Palveluyhteenveto - haetun tiedon sovellus

Sairaalat ja poliklinikat ovat terveyspalvelujen tuottajia. Enemmän yksityiseltä yrityssektorilta alkunsa saaneeseen palvelujen tuotteistamiseen liittyy olennaisena osana palvelukuvaus eli palveluyhteenveto, joka auttaa yhteisen merkityksen muodostamisessa ja viestimisessä tuotteistajilta palvelun eri osapuolille (Tuominen ym. 2015, 14-15).

Palveluyhteenvedossa palveluprosessi esitetään taulukkona tai toimintakaaviona. Palveluprosessin kuvaus sisältää tietoja palveluun tarvittavista resursseista, mm. palvelun tuottamisen työvaiheista, siihen osallistuvista henkilöistä ja palvelujen kestosta. Palveluprosessin tarkka määrittely helpottaa toiminnan suunnittelun, aikataulutuksen ja kustannusvaikutusten arvioimista. (Jaakkola ym. 2009, 5, 15-16.)

Terveyspalveluita suunniteltaessa palveluyhteenveto määrittelee tuotettujen terveyspalveluiden sisällön tiiviisti ja tavoitteena on, että palveluyhteenvedon avulla palveluiden laatu pysyy isossakin organisaatiossa mahdollisimman tasaisena ja yhdenmukaisena hoitopaikasta riippumatta. Tällöin puhutaan yritys puolella vakioinnista ja mallinnuksesta, joka vaikuttaa paitsi palvelutuotteen laatuun, myös sen tuotannon tehostumiseen, kannattavuuteen ja palvelun tulosten ennustettavuus paranee (Jaakkola ym. 2009, 19-22). Terapeuttisessa kontekstissa vakioinnin käsitettä voidaan verrata myös manualisoimiseen. Manuaali on yksi palvelukuvaksen esitysmuoto (Tuominen ym. 2015, 16).

Tämän opinnäytetyön esitys palveluyhteenvedoksi (liite 1) on tehty kirjallisuuskatsauksen ja kirjallisten pohjalta. Edellisen luvun Hakutulokset-osion tietoa on suoraan käytetty palveluyhteenvedon teoreettisena pohjana. Lisäksi palveluyhteenvedon pohjaa suunniteltaessa on käytetty erilaisia pakko-oireiden hoitomalleja ja -strategioita, joita lyhyesti esitellään seuraavassa.

Pakko-oireiden erilaisuuden (esim. tarkistuspakko vs. bakteerikammo) vuoksi hoito-ohjelman perustana pitää olla yksilöllinen, huolelliseen haastatteluun tai mahdollisuuksien mukaan käyttäytymisanalyysiin perustuva kokonaistilanteen selvitys, hoitopaketti. Hoitopakettistrategia lähestyy ongelmaa monelta eri kulmalta ja sitä toteutetaan kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa. Lainaten ”Pakko-oireet ja OCD”-kirjaa hoitopaketissa on viisi pääosaa:

1. Aistitoimintojen tasapainottamiseen ja aisti-informaation integroitumiseen tähtäävät harjoitukset.
2. Tiedon käsittelyyn ja kokonaisuuksien hahmottamiseen liittyvät harjoitukset.
3. Omien tunnetilojen tunnistamiseen, nimeämiseen ja tunteisiin yhdistyviin reaktioihin liittyvät säätelyharjoitukset.
4. Tekemisen suunnitteluun ja toteuttamiseen liittyvät harjoitukset.

5. Sosiaalisten ja muiden arkielämän valmiuksien harjoittelu ja pakko-oireisen juuttumistaipumuksen hallintaan liittyvät harjoitukset

”Lisäksi tärkeitä ovat havainto- ja tietoisuusharjoitukset, verbaalista nimeämistä suorituksen kuvaamisessa, tehtävien suunnittelua ja osakokonaisuuksien hallittua suorittamista sekä rentouden ja joustavuuden saavuttamisen harjoittelua täsmällisesti kohdennetuilla harjoitteilla”. (Leppämäki & Savikuja 2014, 170-172.)

Terapiasessioittain ryhmitelty hoito-ohjelma on esimerkiksi kirjassa *Overcoming Obsessive-Compulsive Disorder* (Steketee 1999). Myös tämän hoito-ohjelman struktuurista on saatu vaikutteita palveluyhteenvetoa varten.

Duodecimin julkaisemassa uudessa itsehoito-oppaassa, joka perustuu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) nettiterapiassa käytettyyn hoitoprosessiin ([www.mieleterveystalo.fi](http://www.mieleterveystalo.fi)), hoito edistyy tiivistetysti seuraavin askelin:

- 1) oireiden havainnoiminen (pakko-oireketjut, oirepäiväkirja)
- 2) kohdeoireiden valinta (ydinpelot, tavoitteet)
- 3) altistuksiin orientoituminen (ajatusten tarkasteleminen, suunnitelma keskeyttämisaikeiden varalle, mielikuva-altistukset, altistuspäiväkirja)
- 4) ensimmäinen altistus (kuusiasteinen altistushierarkia, rituaalien tunnistaminen, altistus)
- 5) lisäältistukset 2- (eteneminen altistushierarkiassa, altistushierarkioiden väliarvioinnit ja mahdolliset muutokset, tunteiden, ajatusten ja uskomusten pohdinta, tietoinen läsnäolo)
- 6) suunnitelman tekeminen omatoimista harjoittelua varten, suunnitelma relapsin varalle. (Stenberg ym. 2016.)

Kognitiivisen psykoterapian keskus Luote Oy:n järjestämä ”Pakko-oireiden kognitiivinen psykoterapia” -luento Oulussa 9.-10.10.2015 oli terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisille suunnattu täydennyskoulutus pakko-oireiden hoidosta. VET-tason psykoterapeutit Pia Nieminen ja Pasi Häll kertoivat pakko-oireiden hoidon menetelmistä ja haasteista sekä kokemuksistaan terapeuttina antamastaan hoidosta kognitiivisen psykoterapian näkökulmasta. Muistiinpanot luennolta ovat olleet yhtenä palveluyhteenvedon tietolähteenä.

Viitaten van Oppenin tutkimukseen (van Oppen ym. 2010), missä todettiin psykologiopiskelijoiden pääsevän kokeneen terapeutin hoitotuloksen tasolle, mikäli saa siihen liittyvän koulutuksen ja ohjauksen, voi hyvin olettaa, että nuorisopsykiatriassa työskennellyt kokenut poliklinikan työntekijä, esimerkiksi sairaanhoitaja, pystyy niinikään hyvin ohjaamaan altistus ja rituaalineläisyryhmiä tai yksilöhoitoa ja työnohjattuna toimimaan myös koko manualisoidun kognitiivisen hoito-ohjelman terapeuttina.

Hoidon toteuttaminen laaditun palveluyhteenvedon mukaisesti vaatisi käytännössä pakko-oireisen häiriön hoitoon suunnitellun menetelmäkoulutuksen kehittämistä. Erikoissairaanhoidon kuuluvan nuorisopsykiatrian piiristä ne motivoituneet nuoret, jotka eivät saa riittävää apua polikliinisestä hoidosta lähetetään aina terapiaan kokeneille terapeuteille – mikäli polikliininen hoito-ohjelma osoittautuisi joidenkin nuorten kohdalla riittämättömäksi. Joskus myös elektiivinen nuorisopsykiatrinen osastohoitojakso saattaa olla tarpeen riittävän tiedon keräämiseksi ja hoidon suunnittelemiseksi.

Palveluyhteenvedossa kuvatus hoidon voisi jakaa kahden työntekijän kesken tapahtuvaksi: esim. yksilöhoidosta vastaavan sairaanhoitajan ja toimintaterapeutin välillä ennakkoon sovittulla tavalla. Potilaan kognitiivinen ymmärrys ei aina riitä hoidoksi ja siksi tarvitaan myös suora tilanneharjoittelua (Leppämäki & Savikuja 2014, 173). Kokemuksellisuus tuo tunteet vielä voimakkaammin mukaan tilanteeseen ja tunteen kautta hoidollinen kokemus jää paremmin muistiin. Tällainen harjoittelu vaatii resursseja tarpeen mukaan poliklinikan ulkopuolella esim. potilaan kotona tapahtuvalle työskentelylle.

## 6 Pohdinta

### 6.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua

Tutkimusnäyttöön perustuvan tiedon valossa pakko-oireisen nuoren hoitoprosessin alussa on tärkeää luoda nuoren kanssa ensin terapeutin allianssi eli tutustumiselle ja hoidollisen suhteen luomiselle täytyy prosessissa jättää aikaa. Motivaation luominen ja ylläpitäminen on tärkeää koko hoidon ajan ja motivointi onnistuu paremmin, jos nuoren luottamus hoitavaan henkilöön on suuri. Motivoivan haastattelun menetelmät voivat osaltaan tässä olla avuksi.

Nuori tulee ottaa mukaan hoitoon paitsi auttamalla häntä psykoedukatiivisin keinoin ymmärtämään hoidon vaikuttavuuden teoriaa, myös antamalla hänelle päätäntävaltaa hoidon sisältöön liittyen. Nuori voisi osaltaan ja kehitystasonsa mukaisesti olla päättämässä esimerkiksi sovituissa rajoissa siitä, kuinka paljon hänen vanhempansa ja sisaruksensa osallistuvat hoitoon, missä tahdissa altistus- ja reaktion ehkäisyssä (ARE) edetään ja mitkä ovat hoidon tavoitteet. Pakko-oireinen häiriö voidaan myös nimetä nuoren kanssa, jolloin se ulkoistetaan ja asetetaan etäämmäksi tutkiskelun ja toimenpiteiden kohteeksi. Nuori voi vähitellen oppia myös ”puhumaan takaisin” pakkoajatuksilleen. (Lack ym. 2006.)

Kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmät, kognitiivinen uudelleenstrukturointi ja ARE tulisi ottaa laajasti käyttöön polikliinisessä pakko-oireisen nuoren hoidossa. Hoito voisi tapahtua yksilö- tai ryhmähoitona. Yksilöhoito voi tapahtua myös tarvittaessa nuoren kotona tai

muussa paikassa, missä pakko-oireet ottavat vallan, vaikkakin poliklinikan tiloissa tapahtuva ARE on yhtä tehokasta.

Tämä vaatisi sitä, että osa poliklinikkojen työntekijöistä saisivat koulutuksen OCD-spesifiin kognitiiviseen terapiaan, mikä sisältää edellä mainitut elementit. Hyvin koulutetut, hoito-manuaalia seuraavat ja hyvän ohjauksen saavat työntekijät voivat päästä vastaaviin hoitotuloksiin, kuin kokenut terapeutti (van Oppen ym. 2010). Hoitajien työmotivaation ja laadukkaan hoidon ylläpitämiseksi myös manualisoituihin hoitoihin on tärkeää jättää tilaa luovuudelle ja mahdollisuus muutoksille hoitoprosessin kuluessa. Hoitavan henkilön tulee arvioida hoidon edistymistä ja reagoida tilanteisiin joustavasti. Manuaali ei saa muodostua pakoksi.

Hoito-ohjelmaa voisi myöhemmässä vaiheessa tarkemmin kohdentaa Ivarssonin ja Valderhau-  
gin (2006) tutkimuksessa selkiytyneiden oireryhmien mukaan, esimerkiksi niin, että somaattisiin huolenaiheisiin liittyvistä oireista kärsivät pakko-oireiset nuoret saisivat tähän oirekuvaan keskittyvää ryhmämuotoista kognitiivista käyttäytymisterapiaa.

Nuoret ovat taitavia, yleensä vanhempiaan taitavampia, älypuhelisten käyttäjiä ja motivoituneina he voisivat olla hyvä kohderyhmä myös internetin ja älypuhelisten välityksellä tapahtuvaan terapiaan. Nämä eri "hoitomediat" voisivat olla ennalta suunniteltu osa pakko-oireisen häiriön hoitoprosessia esimerkiksi siten, että yleiset tai nuorelle henkilökohtaisesti suunnitellut ohjeet ARE-hoitoihin löytyisivät internetistä ja sähköposti- tai tekstiviestimuistutukset muistuttaisivat kotiharjoitusten tekemisestä. Nämä toiminnot voisivat löytyä myös tähän tarkoitukseen suunnitellusta älypuhelisten aplikaatiosta.

## 6.2 Kirjoittajan näkemyksiä pakko-oireisen nuoren hoidosta

Tämän opinnäytetyön lähtökohtana oli kiinnostus haastavan potilasryhmän auttamiseen. Perinteinen "treatment as usual" -tyyppinen avohoito, joka perustuu luottamukselliseen, empaattiseen, supportiiviseen, yleiseen nuorisopsykiatriaan sekä terapeuttiin periaatteisiin liittyvään tietoon nojaavaan lähestymistapaan, osoittautuu ocd-nuoren hoidossa usein riittämättömäksi. Myös perheen kanssa tehtävä perheterapeuttiin traditioihin ja perhedynamiikkaan perustuva työ ei ole osoittautunut kovin vaikuttavaksi. Psykodynaaminen lähestymistapa on tärkeä, koska se auttaa ymmärtämään oireenmuodostuksen syitä ja näkemään oireiden taakse, mutta nuoren hoidossa tulokset eivät ole olleet aina hyviä. Oireet vähenevät hitaasti tai muuttavat muotoaan, vanha pakkoajatus muuttuu uudeksi, pakkoajatukset johtavat pakkoimintoihin. Spesifimmät, diagnooseja ja oirekuvia vastaavat hoitomuodot tulevat edellisten taitojen lisäksi hoitavalle henkilölle tarpeeseen.



Kirjoittajan kokemuksen mukaan ammatillaisen apu on indisoitua ainakin kun pakko-oireet vievät nuorelta suhteettomasti aikaa, aiheuttavat suhteettomasti kärsimystä itselle tai läheisille (ahdistusta, masennusta, itsetunnon laskua, aggressiivisuutta) ja kun oireet vaikuttavat nuoren sosiaaliseen toimintakykyyn ja haluun olla sosiaalinen (negatiiviset vaikutukset perheessä, kaveripiirissä ja koulussa).

Nuorta ovat auttaneet luottamuksellisessa hoitosuhteessa ("treatment as usual" -tyyppisessä hoidossa) mm. pakko-oireiseen häiriöön ja ahdistukseen liittyvä psykoedukaatio, ahdistavien asioiden ja tapahtumien normalisointi, stressin- ja ahdistuksenhallintakeinojen opettelu, perhetyö, voimavarakeskeinen lähestyminen ja supportio, tavoitteiden asettaminen pakko-oireiden vähentämiseksi, sosiaalisten taitojen harjoitteet, mielikuvien ja ajatusten läpikäyminen, nuorelle vaikeiden tunteiden (häpeä, syyllisyys, pelot) validoiva ja ymmärtävä läpikäyminen sekä mahdollisesti myös nuoren seksuaalisuuteen liittyvien kysymysten puntarointi.

Nuorisopsykiatri ja psykoanalytikko Veikko Aalberg on sanonut pakko-oireisen nuoren hoidosta: "Pakkoa ei voi hoitaa pakolla". Pakolla voidaan väliaikaisesti suojella ihmistä, mutta hoitamiseen vaaditaan allianssi, yhteisesti asetetut tavoitteet ja keinot joihin hoidettava on motivoitunut. Pakko-oireet ovat yleisen käsityksen mukaan defensiivinen tapa käsitellä ahdistusta ja jos potilasta ei auteta ensin ahdistuksen ymmärtämiseen, kohtaamiseen ja hallintaan ja oireita yritetään hallita ulkoisella pakolla, ne helposti vain muuttavat muotoaan ja pahenevat.

Neurologisten tekijöiden vaikutusta pakko-oireiseen häiriöön on kuvattu muna-kana-ongelmaksi (Leppämäki & Savikuja 2014, 160). Ongelmaa ei tarvitse nähdä lineaarisena kausaalisuhteisena, vaan kehämäisenä tai kaskaadimaisena oppimiskokemusten sarjana, missä tunne-elämykset vahvistavat kokemusta itsestä ja itsen suhteesta maailmaan niin, että muutokset tulevat neurologisella tasolla havaittaviksi. Häiriö voisi siis alkaa kokemuksellisesta traumasta tai poikkeamasta, joka saa vahvistusta alkaen patologisen kehän ja johtaen tietoisuuden pakonomaiseen keskittämiseen ahdistaviin asioihin ja toisaalta toistuviin epäonnistuneisiin ahdistuksenhallintayrityksiin. Neurotiedon ja psykologisen tiedon yhdistäminen johtaa kokonaisvaltaisempaan OCD:n ymmärrykseen ja hoitomenetelmien kehittymiseen. Näyttää siltä, että psykologinen ja neuropsykiatrinen näkemys OCD:n etiologiasta ei ole toisiaan poissulkeva, vaan toisiaan selittävä.

Menetelmistä huolimatta kaiken psykiatrisen hoidon lähtökohta on hoitosuhde. Jos identifioitu potilas, etenkin nuoruusikäinen potilas, ei luota häntä hoitavaan henkilöön, ei millään uusilla menetelmä-pohjaisilla manualisoidulla hoidoilla tai perinteisemmillä psykiatrisilla vapaam-paan keskusteluun perustuvilla hoitomuodoilla saada hyviä hoitotuloksia.

Vaikka jokin hoito tehoaa, ei se aina kerro totuutta sairauden perimmäisistä syistä. Ritualisointeista pakko-oireista irti pääseminen helpottuu KKT:n kautta, mutta samalla on tärkeä miettiä syitä sairastumisen takana. Syyt liittyvät usein traumaattisiin tai stressaaviin ristiriitoihin suhteessa perheenjäseniin, ikätovereihin tai nykyaikana myös internetin ja television kautta kypsymättömään nuoren mieleen tulvivaan ahdistavaan sisältöön. Joku traumaattinen tai ahdistava tapahtuma, kertaluonteinen tai toistuva, on laukaissut oireilun (läheisen kuolema, koulukiusaaminen, perheen sisäiset ongelmat, yms.). Eksistentiaalistiset kysymykset painavat myös usein nuorten mieltä. Nuoruusiän tärkeät kehitystehtävät häiriintyvät tuolloin helposti, ahdistus kasvaa hallitsemattomaksi ja synnyttää ahdistushäiriöitä. Nuorella ei ole riittävän tehokkaita psyykkisiä keinoja ahdistustensa hallintaan. Ahdistushäiriön muoto valikoituu persoonallisten haavoittuvuustekijöidemme, kiintymyssuhdetaustamme ja muun elämäkokemustemme kautta.

Pakko-oireet ovat nuorilla usein vaihtuvia – kun yhdestä pääsee eroon, niin toinen tulee tilalle. Perinteiset pakko-oireet ovat myös voineet vaihtua pakonomaiseksi tietokonepelailmiseksi – oireen funktio on kuitenkin sama: ahdistuksen vähentäminen, ahdistukselta pakeneminen. Lievät pakko-oireet voivat mennä helpostikin ohi kun nuori pääsee käsittelemään tunteitaan hoitosuhteessa, mikä voi osaltaan johtua varhaisesta ja riittävästä avun saannista. Pakko-oireista puhumiseen liittyvä häpeä voi vaikeuttaa asian käsittelyä. Nuoren hyvä mentaalisäatiokyky lisää hoidon vaikuttavuutta.

Pakko-oireisten nuorten vanhemmilla on välillä itsellään tunteiden säätelyyn ja ilmaisemiseen liittyviä haasteita (esim. aggressiivisten tunteiden ilmaiseminen vaikeaa, alhainen ahdistuksen sietokyky, pelkotilat) tai jopa pakko-oireinen häiriö. Perheterapeuttiset interventiot, perheen ohjaus, perheelle annettu psykoedukaatio sekä nuoren tapaaminen sisaruksen kanssa ovat auttaneet nuorten hoidoissa. Perheen rohkaiseminen perheen sisäiseen tunnekeskusteluun tukee tervettä tunneilmapiiiriä.

Mikäli perhedynamiikkaan, traumataustaan ja nuoruusiän spesifeihin haasteisiin ei kiinnitetä hoidossa tarpeeksi huomiota, eivät hoitotulokset ole parhaat mahdolliset. Pakko-oireisissa häiriöissä on taustalla etenkin ahdistusta, häpeää ja syyllisyyttä, joita oireet kanavoivat. Pakko-oireisiin liittyvä ahdistus voi olla sekundaarista ja alkuperäiset tunteet liittyvät nuorelle vaikeisiin asioihin, joita on tärkeä tarpeen mukaan käsitellä myös psykodynaamisin keinoin. Kun oireiden alkuperälle löytyy selitys – kuten yleensä löytyy – mahdollistuu niiden normalisointi ja ymmärrys nuoren tilanteesta syventyy hänen henkilökohtaisen narratiivinsa kautta. Hoidosta tulee näin täydentävä ja parantava osa siihen mahdollisimman kokonaisvaltaiseen ja alati täydentyvään kuvaan, jota identiteettiään etsivä nuori on itsestään luomassa.

### 6.3 Eettisyys

Opinnäytetyö on pyritty tekemään HTK-ohjeistuksen määrittelemän hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti pyrkien rehellisyyteen ja tarkkuuteen. Plagiointia työssä ei ole ja kaikkeen lähteistä saatuu tietoon on näkyvissä viitteet, jotka kertovat tiedon alkuperän. (Varantola ym. 2013.)

Tiedon hankintaan tässä työssä käytetyin menetelmin (systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja kirjallisuuslähteet) ei liity eettisiä ongelmia. Tutkimuslupia ei ole tarvittu, sillä työtä ei tehty minkään organisaation nimissä eikä työssä tuoda esiin mitään tunnistettavaa nuoriin potilaisiin suoraan ja yksilöittävästi liittyvää aineistoa. Opinnäytetyön tekijällä ei ole läpinäkyvyyttä vaativia taloudellisia sidonnaisuuksia eikä ole saanut työstä taloudellista hyötyä. Työssä käytetty valokuva on Creative Commons -oikeuksin luvallisesti julkaistu. (Varantola ym. 2013.)

Tämä opinnäytetyö käsittelee epäsuorasti nuorten hoidon laatua. Työn sisältöön liittyvä eettinen näkökulma liittyy siihen, että kaikki nuoret saisivat mahdollisimman tasalaatuista ja hyvää hoitoa. Työ palvelee osaltaan myös niitä hyviä eettisiä periaatteita, joita nuorten kanssa tehtävälle laadukkaalle työlle asetetaan; kannustaminen, osallistuvuus, kuulluksi tuleminen, pystyvyys ja toimijuus (agenssi), joustava kestävyys (resilienssi) ja oikeus itseä koskevan tiedon saantiin esimerkiksi hoitoprosessin suhteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

### 6.4 Prosessi

Kiinnostava aihe jaksoi pitää mielenkiintoa yllä työn alusta loppuun. Haasteena oli erotella tekstiin omat ajatukset sekä kirjallisuuteen ja tutkimusnäyttöön perustuva tieto tarkasti toisistaan. Tieto rikasti omaa näkemystä pakko-oireisen nuoren hoidosta ja olen jo päässyt käyttämäänkin sitä käytännön hoitotyössä.

Opinnäytetyön prosessi oli oppimisprosessi systemaattisen tiedonhaun suhteen. Tietokantojen ja niiden käyttöliittymien oppiminen vei aikansa ja Laurean sekä Terkon informaattikkojen apu oli merkittävä. Viitteidenhallintaan käytettävän RefWorks-ohjelman käytön olin ottanut haltuun jo ensimmäisenä opiskeluvuonna ja se helpotti itse työn tekoa huomattavasti.

Opinnäytetyön tekoon sain etätukea ja rohkaisevia kommentteja sähköpostitse ja puhelimitse ohjaavilta opettajilta. Tämä oli tärkeää, sillä yksin työtä tehdessä tulee omalle tekstille helpposti sokeaksi ja ulkopuoliset kommentit sekä kannustus opettajilta antoi työlle suuntaa ja paransivat selvästi sen laatua.

Dead line esityksen suhteen loi sopivasti painetta. Työnantajan vastaantulo kirjoittamiseen käytettävien vuosilomapäivien myöntämisen muodossa sekä työtovereiden ja perheen kannustus vaikuttivat tärkeältä osaltaan siihen, että työ valmistui esityspäiväänsä mennessä.

Samanaikainen nuorisopsykiatriassa työskentely teki opinnäytetyön teosta myös ajoittain haastavan; energia ei tahtonut riittää työajan jälkeen työhön liittyvien kysymysten pohdintaan.

## 6.5 Luotettavuus

Kirjallisuuskatsausta olisi hyvä olla tekemässä vähintään kaksi henkilöä, jolloin laadun arviointi paranee (Centre for Reviews and Dissemination 2009, 4). Tämä opinnäytetyö on tehty yksin opiskelijoiden valmistumistahdin vaihtelun takia; samaan tahtiin opiskelevaa paria työn tekoon ei löytynyt. Katsauksen laatuun on hyvä suhtautua kriittisesti myös tekijän tiedonhaku- ja tutkimuskokemuksen vähyyden vuoksi. Opinnäytetyön tekijällä on paljon kokemusta kriittisestä ja loogisesta kirjoittamisesta, mikä puolestaan lisää työn luotettavuutta.

On myös otettava huomioon yleiset tutkimukseen liittyvät harhat kuten julkaisuharha, minkä aiheuttavat esimerkiksi se, että positiiviset tutkimustulokset tulevat todennäköisemmin julkaistuksi ja että tietokantojen ulkopuoliset tutkimukset jäävät helposti huomiotta sekä kieliharha, mikä yleisimmin johtuu englanninkielisen tutkimuksen painotuksesta (Centre for Reviews & Dissemination 2009, 12; Johansson 2007, 53). Nämä on otettava huomioon myös tämän katsauksen suhteen. Katsaus on melko laaja, ja siihen on sisällytetty tärkeimmät tietokannat. PsychINFO-tietokanta ei ole mukana resurssisyydestä.

On selvää, että tutkimustuloksia, joissa tutkimuskohteena ovat olleet aikuiset OCD-potilaat, ei voi ilman lisätutkimusta ja arviointia soveltaa nuorisoikäisiin henkilöihin. Näistä tutkimuksista saatuun tietoon tulee siis tässä yhteydessä suhtautua kriittisesti. Nuorisoikäisten heterogeenisyys psyykkisen kehitystason suhteen vaikeuttaa tiedon soveltamista samalla lailla koko ikäryhmään. Toisaalta nuorten ikäryhmän vanhempaan päähän, 17- ja 18-vuotiaisiin voivat jo aikuistutkimuksessa löydetyt tiedot olla suoraankin sovellettavissa. 18-vuotiaat lasketaan jo yleensä mukaan aikuistutkimukseen.

## 6.6 Jatkoselvitykset

Opinnäytetyötä tehdessä heräsi uusia kysymyksiä. Miten ottaa huomioon eri kehitysvaiheissa olevien nuorten erityispiirteet pakko-oireiden hoidossa? Miten tähän liittyen arvioidaan perheyön määrä ja tarve? Millaisia oirekuvasesifejä altistus- ja rituaalin ehkäisy menetelmiä voisi

soveltaa erilaisten OCD-alaryhmien kohdalla? Mitä OCD-spesifi KKT käytännössä pitää sisäl-  
lään? Nämä kysymykset liittyvät henkilökohtaiseen kiinnostukseen aiheesta. Tieteellinen jat-  
kotutkimus voisi liittyä juuri em. kysymyksiin sekä varsinaisen hoito-ohjelman laatimiseen

Kirjallisuuskatsauksen myötä ei löytynyt valmiita ja tutkittuja nuorille suunnattuja manuali-  
soituja hoito-ohjelmia. Kuitenkin viitteitä nuorten systemaattisista hoidoista avohoitokonteks-  
tissa näkyi mm. tutkimusasetelmissa. Lisätietoa näistä hoito-ohjelmista ja OCD-hoitoihin eri-  
koistuneiden julkisten tai yksityisten klinikoiden toiminnasta olisi hyvä kerätä. Resursseihin  
liittyvistä syistä ei PSYCHinfo tietokantahakuja sisällytetty tähän työhön. Vastaavanlaiset haut  
myös siitä voisivat tuoda vielä lisää käyttökelpoista tietoa pohdinnan piiriin.

Palvelukäytännön ja palveluyhteenvedon tulisi kehittyä ja elää käytännön kokemuksen karttu-  
essa (Tuominen ym. 2015, 17). Pakko-oireisen nuoren hoidossa se merkitsee hoidettavien  
nuorten, heidän perheidensä sekä hoitavan henkilökunnan antaman palautteen huomioon ot-  
tamista palvelua kehittäessä. Palveluyhteenvetoa voisi myös kehittää pakko-oireisten nuorten  
ryhmämuotoiseen hoitoon niin, että osa prosessin vaiheista tapahtuisi ryhmässä ja osa yksilöl-  
lisesti.

## Lähteet

Anthony, M.M., Ledley, D.R., Heimberg, R.G. & Koskela, L. 2008. Pysyvä Muutos: Kognitiivinen käyttäytymisterapia käytännössä. Helsinki: Edita Publishing Oy. (< oletan, että suomeksi pienin alkukirjaimin)

Bjorgvinsson, T., Wetterneck, C.T., Powell, D.M., Chasson, G.S., Webb, S.A., Hart, J., Heffelfinger, S., Azzouz, R., Entricht, T.L., Davidson, J.E. & Stanley, M.A. 2008. Treatment Outcome for Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder in a Specialized Hospital Setting. United States.

Centre for Reviews and Dissemination. 2009. Systematic Reviews. Third painos. York: CRD, University of York.

Challacombe, F., Oldfield, V.B. & Salkovskis, P.M. 2011. Break Free from OCD. London: Vermilion.

Davidson, J. 2014. Daring to Challenge OCD: Overcome Your Fear of Treatment & Take Control of Your Life using Exposure & Response Prevention. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

Farrell, L.J., Schlup, B. & Boschen, M.J. 2010. Cognitive-Behavioral Treatment of Childhood Obsessive-Compulsive Disorder in Community-Based Clinical Practice: Clinical Significance and Benchmarking Against Efficacy. England: .

Foa, E.B., Simpson, H.B., Liebowitz, M.R., Powers, M.B., Rosenfield, D., Cahill, S.P., Campeas, R., Franklin, M., Hahn, C.-G., Hembree, E.A., Huppert, J.D., Schmidt, A.B., Vernes, D. & Williams, M. 2013. Six-Month Follow-Up of a Randomized Controlled Trial Augmenting Serotonin Reuptake Inhibitor Treatment with Exposure and Ritual Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder. United States: .

Foa, E.B., Wilson, R. & Bergroth, R. Lyhytterapia-instituutti. 1996. Kerrasta Poikki: Vapaaksi Pakko-Oireista Ja Rituaaleista. Helsinki: Lyhytterapia-instituutti. (< stilisoisin nämä suomenkieliset otsikot/nimet; englannissa nimit kirjotetaan usein isolla, mutta ei suomessa >)

Franklin, M.E., Sapyta, J., Freeman, J.B., Khanna, M., Compton, S., Almirall, D., Moore, P., Choate-Summers, M., Garcia, A., Edson, A.L., Foa, E.B. & March, J.S. 2011. Cognitive Behavior Therapy Augmentation of Pharmacotherapy in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: The Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II) Randomized Controlled Trial.

Furman, B. 2002. Perhosiä Vatsassa: Apua Pelkoihin, Paniikkiin Ja Ahdistukseen. Helsinki: Tammi.

Gomes, J.B., Van Noppen, B., Pato, M., Braga, D.T., Meyer, E., Bortolucello, C.F. & Cordoli, A.V. 2014. Patient and Family Factors Associated with Family Accommodation in Obsessive-Compulsive Disorder. Australia: .

Ivarsson, T. & Valderhaug, R. 2006. Symptom Patterns in Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). England: .

Jaakkola, E., Orava, M. & Varjonen, V. 2009. Palvelujen Tuotteistamisesta Kilpailuetua Opas Yrityksille. Helsinki: TEKES.

Johansson, K. 2007. Systemaattinen Kirjallisuuskatsaus Ja Sen Tekeminen. Turku: Turun yliopisto.

- Jonsson, H., Hougaard, E. & Bennedsen, B.E. 2011. Randomized Comparative Study of Group Versus Individual Cognitive Behavioural Therapy for Obsessive Compulsive Disorder.
- Juva, K., Hublin, C., Kalska, H., Korkeila, J., Sainio, M., Tani, P. & Vataja, R. 2011. Kliininen Neuropsykiatria. Helsinki: Duodecim.
- Krebs, G., Isomura, K., Lang, K., Jassi, A., Heyman, I., Diamond, H., Advani, J., Turner, C. & Mataix-Cols, D. 2015. How Resistant is 'Treatment-Resistant' Obsessive-Compulsive Disorder in Youth?. England: .
- Kähkönen, S., Karila, I., Holmberg, N. & Chydenius, E. 2001. Kognitiivinen Psykoterapia. Helsinki: Duodecim.
- Lack, C.W., Storch, E.A. & Murphy, T.K. 2006. More than just Monsters Under the Bed: Assessing and Treating Pediatric OCD. Nowalk, California: UBM Medica.
- Lebowitz, E.R. & Omer, H. 2013. Treating Childhood and Adolescent Anxiety : A Guide for Caregivers. Somerset, NJ, USA: John Wiley & Sons.
- Leppämäki, S. & Savikuja, T. 2014. Pakko-Oireet Ja OCD. Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Lovell, K., Cox, D., Haddock, G., Jones, C., Raines, D., Garvey, R., Roberts, C. & Hadley, S. 2006. Telephone Administered Cognitive Behaviour Therapy for Treatment of Obsessive Compulsive Disorder: Randomised Controlled Non-Inferiority Trial. England: .
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2014. Psykiatria. 11 uud p painos. Helsinki: Duodecim.
- Mancebo, M.C., Boisseau, C.L., Garnaat, S.L., Eisen, J.L., Greenberg, B.D., Sibrava, N.J., Stout, R.L. & Rasmussen, S.A. 2014. Long-Term Course of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: 3 Years of Prospective Follow-Up. Philadelphia, Pennsylvania: Elsevier Inc.
- Meyer, E., Shavitt, R.G., Leukefeld, C., Heldt, E., Souza, F.P., Knapp, P. & Cordoli, A.V. 2010. Adding Motivational Interviewing and Thought Mapping to Cognitive-Behavioral Group Therapy: Results from a Randomized Clinical Trial. Brazil: .
- Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J., Kumpulainen, K. & Ripatti, T. 2004. Lasten- Ja Nuorisopsykiatria. 3, uud p painos. Helsinki: Duodecim.
- Nabeyama, M., Nakagawa, A., Yoshiura, T., Nakao, T., Nakatani, E., Togao, O., Yoshizato, C., Yoshioka, K., Tomita, M. & Kanba, S. 2008. Functional MRI Study of Brain Activation Alterations in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder After Symptom Improvement.
- Niemi, T.(toim.). 2008. Kun on Pakko. Nuorisopsykoterapian Erityiskysymyksiä 10. Helsinki: Nuorisopsykoterapia-säätiö.
- Olino, T.M., Gillo, S., Rove, D., Palermo, S., Nuhfer, E.C., Birmaher, B. & Gilbert, A.R. 2011. Evidence for Successful Implementation of Exposure and Response Prevention in a Naturalistic Group Format for Pediatric OCD. United States: .
- Ranta, K., Gergov, V., Tainio, V.-M., Lindberg, N., Strandholm, T., Ehrling, L. & Marttunen, M. 2015. Psykoterapeuttisten Hoitomuotojen Vaikuttavuus Nuorten Ahdistuneisuushäiriöissä : Systemaattiseen Hakuun Perustuva Kirjallisuuskatsaus.

Remschmidt, H. & Engeland, H.v. 1999. Child and Adolescent Psychiatry in Europe. Darmstadt: Steinkopff.

Rowa, K., Anthony, M.M., Summerfeldt, L.J., Purdon, C., Young, L. & Swinson, R.P. 2007. Office-Based Vs Home-Based Behavioral Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder: A Preliminary Study.

Rudy, B.M., Lewin, A.B., Geffken, G.R., Murphy, T.K. & Storch, E.A. 2014. Predictors of Treatment Response to Intensive Cognitive-Behavioral Therapy for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. Ireland: .

Schlup, B., Farrell, L. & Barrett, P. 2011. Mother-Child Interactions and Childhood OCD: Effects of CBT on Mother and Child Observed Behaviors. Taylor & Francis Ltd.

Simpson, H.B., Foa, E.B., Liebowitz, M.R., Ledley, D.R., Huppert, J.D., Cahill, S., Vermes, D., Schmidt, A.B., Hembree, E., Franklin, M., Campeas, R., Hahn, C.-G. & Petkova, E. 2008. A Randomized, Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Augmenting Pharmacotherapy in Obsessive-Compulsive Disorder. United States: .

Sochting, I. & Third, B. 2011. Behavioral Group Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder in Adolescence: A Pilot Study. United States: .

Soisalo, R. 2012. Särkyvä Mieli - Lasten Ja Nuorten Psykkinen Oireilu. Tallinn: Suomen Psykologinen Instituuttiyhdistys ry.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Lapsuuden Ja Nuoruuden Etiikka Sosiaali- Ja Terveysalalla. Helsinki: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE.

Sousa, M.B., Isolan, L.R., Oliveira, R.R., Manfro, G.G. & Cordioli, A.V. 2006. A Randomized Clinical Trial of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Sertraline in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder.

Steketee, G. & Wilhelm, S. 2006. Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. A Guide for Professionals. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.

Steketee, G. 2012. The Oxford Handbook of Obsessive Compulsive and Spectrum Disorders. New York ; Oxford: Oxford University Press.

Steketee, G. 1999. Overcoming Obsessive-Compulsive Disorder : A Behavioral and Cognitive Protocol for the Treatment of OCD : Therapist Protocol. Oakland, CA: New Harbinger Publications. (vanhin Steketeen julkaisu ensin, Steketeen & toisen tekijän viimeiseksi)

Stenberg, J., Suvanto-Witikka, R., Koivisto, E.-M., Holli, M. & Joffe, G. 2016. Irti Pakko-Oireista. 1st edition painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Stengler, K., Olbrich, S., Heider, D., Dietrich, S., Riedel-Heller, S. & Jahn, I. 2013. Mental Health Treatment Seeking among Patients with OCD: Impact of Age of Onset. Germany: .

Storch, E.A., Merlo, L.J., Larson, M.J., Marien, W.E., Geffken, G.R., Jacob, M.L., Goodman, W.K. & Murphy, T.K. 2008. Clinical Features Associated with Treatment-Resistant Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. United States: .

Tolin, D.F., Hannan, S., Malby, N., Diefenbach, G.J., Worhunsky, P. & Brady, R.E. 2007. A Randomized Controlled Trial of Self-Directed Versus Therapist-Directed Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder Patients with Prior Medication Trials.



Tuominen, T., Järvi, K., Lehtonen, M., Valtanen, J. & Martinsuo, M. 2015. *Palvelujen Tuotteistamisen Käsikirja*. Helsinki: Aalto-yliopiston julkaisusarja.

Valderhaug, R. 2005. *Obsessive-Compulsive Disorder among Children and Adolescents: Characteristics and Psychological Management of Patients in Outpatient Psychiatric Clinics*. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology.

van Oppen, P., van Balkom, A.J., Smit, J.H., Schuurmans, J., van Dyck, R. & Emmelkamp, P.M. 2010. Does the Therapy Manual Or the Therapist Matter most in Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder? A Randomized Controlled Trial of Exposure with Response Or Ritual Prevention in 118 Patients.

Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoof, S.K. & Jäppinen, S. 2013. Hyvä Tieteellinen Käytäntö Ja Sen Loukkausepäilyjen Käsitleminen Suomessa: Tutkimuseettisen Neuvottelukunnan Ohje 2012 = God Vetenskaplig Praxis Och Handläggning Av Misstankar Om Avvikelser Från Den i Finland : Forskningsetiska Delegationens Anvisningar 2012 = Responsible Conduct of Research and Procedures for Handling Allegations of Misconduct in Finland : Guidelines of the Finnish Advisory Board on Research Integrity 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

Veale, D.a. 2013. *The Complete Guide to Overcoming OCD*. e-book painos. London: Constable & Robinson Ltd.

Vogel, P.A., Hansen, B., Stiles, T.C. & Gotestam, K.G. 2006. Treatment Motivation, Treatment Expectancy, and Helping Alliance as Predictors of Outcome in Cognitive Behavioral Treatment of OCD.

WHO. 1994. *ICD-10, International statistical classification of diseases and related health problems. 10<sup>th</sup> revision*. World Health Organization, Geneva.

Williams, T.I., Salkovskis, P.M., Forrester, L., Turner, S., White, H. & Allsopp, M.A. 2010. A Randomised Controlled Trial of Cognitive Behavioural Treatment for Obsessive Compulsive Disorder in Children and Adolescents. Germany: .

Wootton, B.M., Titov, N., Dear, B., Spence, J. & Kemp, A. 2011. The Acceptability of Internet-Based Treatment and Characteristics of an Adult Sample with Obsessive Compulsive Disorder: An Internet Survey. United States.

Young, A. & Hawkins, S. 2011. *Assessment of Obsessive-Compulsive Disorder*. MA Healthcare Limited.

#### Sähköiset lähteet

Higgins JPT, Green S (editors). 2011. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]*. The Cochrane Collaboration. [www.cochrane-handbook.org](http://www.cochrane-handbook.org) (luettu 10.1.2016)

Käypä hoito. 2016. (tähän väliin julkaisijatietoja) [http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks?p\\_auth=NTWZdIMG&p\\_p\\_id=KH2014suositukset\\_WAR\\_KH2014suosituksetportlet&p\\_p\\_lifecycle=1&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1](http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks?p_auth=NTWZdIMG&p_p_id=KH2014suositukset_WAR_KH2014suosituksetportlet&p_p_lifecycle=1&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1) (luettu 18.1.2016)

Nuorisopsykiatrinen yhdistys. (tähän väliin mielellään vuosi + julkaisijatietoja) <http://www.nuorisopsykiatrinen-yhdistys.org/yhdistys/historia> (luettu 9.12.2015)

THL, 2015a. Sivun otsikko tähän. Päivitetty 5.8.2015. <https://www.thl.fi/web/paatoksen-teko-talous-ja-palvelujarjestelma/vaikuttavuus/terveydenhuollon-menetelmien-arviointi/hta-opas/kirjallisuushaku/picotutkimuskysymys> (luettu 27.1.2016)

THL, 2015b. Otsikko. Päivitetty 3.12.2015. <https://www.thl.fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/vaikuttavuus/terveydenhuollon-menetelmien-arviointi/hta-opas/kirjallisuushaku/hakustrategia> (luettu 27.1.2016)

## Kuvat

Kuva 1: Aivojen poikkileikkauskuva

OpenStax, <https://cnx.org/contents/pF7vWNBy@5/Obsessive-Compulsive-and-Relat> ..... 22

## Taulukot

Taulukko 1: Käytetyt tietokannat ja tehdyt rajaukset .....	24
Taulukko 2: Hakutulokset ChinaI .....	30
Taulukko 3: Hakutulokset Cochrane .....	35
Taulukko 4: Hakutulokset Medic .....	40
Taulukko 5: Hakutulokset MedLine .....	41

## Liitteet

Liite 1 Palveluyhteenveto.....	70
Liite 2 Cinahl (EBSCOhost) haku.....	71
Liite 3 Cochrane (Ovid) haku.....	73
Liite 4 Medic haku .....	74
Liite 5 MedLine (Ovid) haku.....	75

## Liite 1. Palveluyhteenveto: Pakko-oireisen nuoren hoito poliklinikalla

## Yhteyshenkilöt:

Kohderyhmät:			Tavoitteet:	
• Pakko-oireisesta häiriöstä kärsivät nuoret nuorisopsykiatrian poliklinikalla.			• Pakko-oireiden väheneminen tai loppuminen	
Palvelun päävaiheet ja –sisällöt	Työmäärä (h/m)		Osallistujat	Menetelmät/välineet:
<b>1. Tutustumisvaihe:</b> hoidollisen allianssin luominen. Motivaation selvittäminen ja motivointi. Nuoren voimavarojen, sosiaalisen tilanteen ja pakko-oireiden alustava kuvaus nuoren ja vanhempien kertomana. Perhetyön määrän määrittely. Lääkehoidon tarpeen arvioiminen/suunnittelu/aloitus.	<b>Suora</b>  2x60 min	<b>Epäsuora</b>  30 min	Nuori, vanhemmat, yksilötyöntekijä ja mahdollisesti työpari, lääkäri	<ul style="list-style-type: none"><li>- hoitosuhde (koko prosessin läpi)</li><li>- (motivoiva)haastattelu, keskustelu</li></ul>
<b>2. Oireiden kartoitusvaihe:</b> Pakkoajatusten ja pakkotoimintojen läpikäynti. Kognitiiviset menetelmät, psyko- ja perhedynaamiset näkökulmat. Pakko-oireiden vaikeusasteen määrittely. Käyttäytymisanalyysi, oirepäiväkirja. ERP:n selittäminen nuorelle. Perhetyö.	2x60 min	30 min	Nuori, perhe (myös sisärukket), mahdollisesti työpari	<ul style="list-style-type: none"><li>- haastattelu, lomakkeet (CY-BOCS/Y-BOCS)</li><li>- psykoedukaatio (yksilö, perhe), perhetyö</li><li>- käyttäytymisanalyysi, lomake/kaavio</li><li>- kognitiiviset menetelmät</li><li>- oirepäiväkirja, kohdeoiretaulukko</li></ul>
<b>3. Työskentelyvaihe mielikuvien:</b> Etenkin pakkoajatuksista johtuvan ahdistuksen kohtaaminen altistamalla mielikuville. Altistamishierarkia.	2x60 min	30 min	Nuori, yksilötyöntekijä, mahdollisesti toimintaterapeutti	<ul style="list-style-type: none"><li>- kognitiiviset menetelmät</li><li>- psykoedukaatio (yksilö)</li><li>- SUDS-ahdistuneisuus skaalan käyttö (0-100)</li><li>- kotitehtävät (Oireiden tarkkailulomakkeet)</li></ul>
<b>4. Työskentelyvaihe käytännön harjoituksin:</b> Altistukset ja rituaalin/rea-goinnin ehkäisy käytännössä (in vivo). Itsealtistuksen ohjeiden antaminen.	5x60 min	5x15 min	Nuori, yksilötyöntekijä, mahdollisesti toimintaterapeutti	<ul style="list-style-type: none"><li>- altistus ja reaktion ehkäisy (ARE)</li><li>- SUDS-ahdistuneisuus skaalan käyttö (0-100)</li><li>- psykoedukaatio (yksilö)</li><li>- kotitehtävät (itsealtistus)</li></ul>
<b>5. Hoitoprosessin päätös-vaihe:</b> Hoidon tavoitteiden saavuttamisen arvioiminen. Relapsin esto. Seuranta. Jatkohoidon tarpeen arviointi (KKT?)	2x60 min	30 min	Nuori, perhe, yksilötyöntekijä, mahdollisesti työpari, lääkäri	<ul style="list-style-type: none"><li>- haastattelu, lomakkeet (CY-BOCS/Y-BOCS)</li><li>- perhetyö</li><li>- psykoedukaatio (yksilö, perhe)</li></ul>
Palvelun laatu-kriteerit ja kriittiset onnistumistekijät:	Yht. (t/m)	Yht. (t/m)	Kokonaistymäärä:	Toimintaohjeet, kirjallisuus, linkit, muu materiaali
<ul style="list-style-type: none"><li>laadukas työnohjaus ja hoitoprosessin suunnittelu</li><li>osaava hoitohenkilökunta</li><li>prosessin joustavuus tarpeen mukaan</li><li>prosessin arvioinnin laadukkuus</li><li>palautteen kerääminen prosessiin osallistuvilta ja prosessin kehittämisen saadun palautteen mukaan</li></ul>	<b>13 t</b>	<b>3 t 15 min</b>	<b>16t 15min</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>hoitomallia varten asiantuntijaryhmän kokoama ohjeistus</li><li>työmäärä ilmoitettu yhden henkilön työmääränä; jos joihinkin palvelun vaiheisiin osallistuu useampi henkilö, kertaantuu työtuntimäärä työhön osallistuvan hoitavan henkilökunnan määrällä</li><li>joustaminen etenkin työskentelyvaiheessa (kohdat 3. ja 4.) hoitokertojen määrässä voi olla tarpeen</li><li>ryhmämuotoiseen hoitoon sovellettu palveluyhteenveto sovelletta-vissa tätä runkoa käyttäen</li></ul>
	Vaadittavat pätevyudet/koulutukset:			
	<ul style="list-style-type: none"><li>OCD-menetelmäkoulutus / OCD-spesifi kognitiivinen käyttäytymisterapiakoulutus - ERP-koulutus</li><li>ammattikohtaiset pätevyudet</li></ul>			

Liite 2 Cinahl (EBSCOhost) haku

The screenshot shows the EBSCOhost search interface. At the top, there is a search bar with the text "Searching: CINAHL with Full Text, Show all | Choose Databases". Below the search bar, there is a text input field with the placeholder "Enter any words to find books, journals and more" and a green "Search" button. To the left of the search bar is the EBSCOhost logo. Below the search bar, there are links for "Search Options", "Basic Search", "Advanced Search", and "Search History".

A "Choose Databases" dialog box is open in the center of the screen. The dialog has a title bar with "Choose Databases" and a close button (X). Below the title bar, there is a link for "Detailed View (Title lists included)". Below this, there is a checkbox for "Select / deselect all". Below that, there are two buttons: "OK" and "Cancel".

The dialog box contains two columns of database options, each with a checkbox and a database name followed by a small icon:

- ☐ Academic Search Elite
- ☐ Business Source Elite
- ☒ CINAHL
- ☐ SPORTDiscus with Full Text
- ☐ GreenFILE
- ☐ Library, Information Science & Technology Abstracts
- ☐ Regional Business News
- ☐ eBook Collection (EBSCOhost)
- ☒ CINAHL with Full Text
- ☐ American Doctoral Dissertations, 1933 - 1955

At the bottom of the dialog box, there are two buttons: "OK" and "Cancel".

New Search Subjects Publications Images More Sign Out Folder Preferences Languages Help

MY  
EBSCOhost

Searching: Business Source Elite, Show all Choose Databases

Select a Field (option...) Search Clear ?

AND Select a Field (option...)

AND Select a Field (option...) + -

Basic Search Advanced Search Search History

## Search History/Alerts

[Print Search History](#) [Retrieve Searches](#) [Retrieve Alerts](#) [Save Searches / Alerts](#)

<input type="checkbox"/> Select / deselect all <input type="button" value="Search with AND"/> <input type="button" value="Search with OR"/> <input type="button" value="Delete Searches"/> <input type="button" value="Refresh Search Results"/>			
Search ID#	Search Terms	Search Options	Actions
<input type="checkbox"/> S8	S5 AND S6	Limiters - Exclude MEDLINE records; Exclude MEDLINE records Search modes - Find all my search terms	<a href="#">View Results (199)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S7	S5 AND S6	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">View Results (221)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S6	(MH "Outpatients") OR (MH "Outpatient Service") OR (MH "Ambulatory Care Facilities+") or outpatient	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">View Results (260,086)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S5	S3 AND S4	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">View Results (3,477)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S4	therap* OR treatment*	Limiters - Published Date: 20050101-20151231; Age Groups: Adolescent: 13-18 years; Age Groups: Adolescent: 13-18 years Search modes - Find all my search terms	<a href="#">View Results (2,350,584)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S3	(MH "Obsessive-Compulsive Disorder+")	Limiters - Published Date: 20050101-20160231; Age Groups: Adolescent: 13-18 years; Age Groups: Adolescent: 13-18 years Search modes - Find all my search terms	<a href="#">View Results (6,741)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S2	(MH "Obsessive-Compulsive Disorder+")	Limiters - Age Groups: Adolescent: 13-18 years; Age Groups: Adolescent: 13-18 years Search modes - Find all my search terms	<a href="#">View Results (8,665)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>
<input type="checkbox"/> S1	(MH "Obsessive-Compulsive Disorder+")	Search modes - Find all my search terms	<a href="#">View Results (12,595)</a> <a href="#">View Details</a> <a href="#">Edit</a>

[Top of Page](#)[iPhone and Android apps](#) [EBSCO Support Site](#) [Privacy Policy](#) [Terms of Use](#) [Copyright](#)

© 2016 EBSCO Industries, Inc. All rights reserved.



## Liite 3 Cochrane (Ovid) haku

Ovid® Wolters Kluwer

[My Account](#) [Ask A Librarian](#) [Support & Training](#) [Help](#) [Logoff](#)

[Search](#) [Journals](#) [Books](#) [My Workspace](#) [Multimedia](#)

**Select Resource(s) to search:**

▼ ☐ **All Resources**

- ☐ Ovid MEDLINE(R) 1946 to January Week 4 2016 i
- ☐ Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations February 05, 2016 i
- ☐ BIOSIS Previews 1999 to 2009 i
- ☐ BIOSIS Previews, Biological Abstracts, Biological Abstracts/RRM 1989 to 2008 i
- ☐ CAB Abstracts 1973 to 2016 Week 04 i
- ☐ All EBM Reviews - Cochrane DSR, ACP Journal Club, DARE, CCTR, CMR, HTA, and NHSEED i
- ☐ EBM Reviews - ACP Journal Club 1991 to January 2016 i
- ☒ EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials January 2016 i
- ☒ EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 to February 03, 2016 i
- ☒ EBM Reviews - Cochrane Methodology Register 3rd Quarter 2012 i
- ☐ EBM Reviews - Database of Abstracts of Reviews of Effects 2nd Quarter 2015 i
- ☐ EBM Reviews - Health Technology Assessment 1st Quarter 2016 i
- ☐ EBM Reviews - NHS Economic Evaluation Database 1st Quarter 2016 i
- ☐ Tilatut biolääketieteen e-kirjat - Books@Ovid Subscriptions i
- ☐ Tilatut biolääketieteen e-lehdet - Journals@Ovid Subscriptions i

Ovid® [My Account](#) [Ask A Librarian](#) [Support & Training](#) [Help](#) [Logged in as Panu Salminen at HUS](#) [Logout](#)

[Search](#) [Journals](#) [Books](#) [My Workspace](#) [Multimedia](#)

▼ **Search History** (9 searches) (close) [Remove Duplicates](#) [View Saved](#)

<input type="checkbox"/>	# ▲	Searches	Results	Search Type	Actions
<input type="checkbox"/>	1	exp Obsessive-Compulsive Disorder/ ▶	659	Advanced	<a href="#">Display</a> <a href="#">More »</a>
<input type="checkbox"/>	2	limit 1 to "adolescent (13 to 18 years)" [Limit not valid in CCTR,CDSR,CLCMR; records were retained] ▶	659	Advanced	<a href="#">Display</a> <a href="#">More »</a>
<input type="checkbox"/>	3	limit 2 to yr="2005 -Current" ▶	283	Advanced	<a href="#">Display</a> <a href="#">More »</a>
<input type="checkbox"/>	4	therap*.fs,mp. ▶	296005	Advanced	<a href="#">Display</a> <a href="#">More »</a>
<input type="checkbox"/>	5	treatment*.mp. ▶	397333	Advanced	<a href="#">Display</a> <a href="#">More »</a>
<input type="checkbox"/>	6	4 or 5 ▶	494314	Advanced	<a href="#">Display</a> <a href="#">More »</a>
<input type="checkbox"/>	7	3 and 6 ▶	251	Advanced	<a href="#">Display</a> <a href="#">More »</a>
<input type="checkbox"/>	8	outpatient*.mp. or exp Outpatient Clinics, Hospital/ or exp Ambulatory Care/ ▶	22829	Advanced	<a href="#">Display</a> <a href="#">More »</a>
<input type="checkbox"/>	9	7 and 8 ▶	48	Advanced	<a href="#">Display</a> <a href="#">More »</a>

[Remove Selected](#) [Save Selected](#) | Combine selections with: [And](#) [Or](#)

[Save Search History](#)

Liite 4 Medic haku

**Medic**

[Asiasanat](#) [Lehdet](#) [Valitut: 0](#)

☒ AND ☐ OR ☐ NOT

☒ AND ☐ OR ☐ NOT

Vuosiväli  -

☐ Vain kokotekstit

☒ Asiasanojen synonyymit käytössä

Kaikki kielet  
☐ Suomi  
☐ Englanti  
☐ Ruotsi

Kaikki julkaisutyytit  
☐ Gradu  
☐ Väitöskirja  
☐ Muu kirja

## Liite 5 MedLine (Ovid) haku

Ovid® Wolters Kluwer

[My Account](#) [Ask A Librarian](#) [Support & Training](#) [Help](#) [Logout](#)

[Search](#) [Journals](#) [Books](#) [My Workspace](#) [Multimedia](#)

**Select Resource(s) to search:**

☐ **All Resources**

- ☒ Ovid MEDLINE(R) 1946 to January Week 3 2016
- ☒ Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations January 29, 2016
- ☐ BIOSIS Previews 1999 to 2009
- ☐ BIOSIS Previews, Biological Abstracts, Biological Abstracts/RRM 1989 to 2008
- ☐ CAB Abstracts 1973 to 2016 Week 03
- ☐ All EBM Reviews - Cochrane DSR, ACP Journal Club, DARE, CCTR, CMR, HTA, and NHSEED
- ☐ EBM Reviews - ACP Journal Club 1991 to January 2016
- ☐ EBM Reviews - Cochrane Central Register of Controlled Trials December 2015
- ☐ EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 to January 29, 2016
- ☐ EBM Reviews - Cochrane Methodology Register 3rd Quarter 2012
- ☐ EBM Reviews - Database of Abstracts of Reviews of Effects 2nd Quarter 2015
- ☐ EBM Reviews - Health Technology Assessment 4th Quarter 2015
- ☐ EBM Reviews - NHS Economic Evaluation Database 2nd Quarter 2015
- ☐ Tilatut biolääketieteen e-kirjat - Books@Ovid Subscriptions

[OK](#) [Add Group](#) [Delete Group](#)

Ovid® Wolters Kluwer

[My Account](#) [Ask A Librarian](#) [Support & Training](#) [Help](#) [Logged in as Panu Salminen at HUS](#) [Logout](#)

[Search](#) [Journals](#) [Books](#) [My Workspace](#) [Multimedia](#)

**Search History** (9 searches) [close](#) [Remove Duplicates](#) [View Saved](#)

<input type="checkbox"/>	#	Searches	Results	Search Type	Actions
<input type="checkbox"/>	1	exp Obsessive-Compulsive Disorder/	12118	Advanced	<a href="#">Display</a> <a href="#">More &gt;&gt;</a>
<input type="checkbox"/>	2	limit 1 to "adolescent (13 to 18 years)"	3177	Advanced	<a href="#">Display</a> <a href="#">More &gt;&gt;</a>
<input type="checkbox"/>	3	limit 2 to yr="2005 -Current"	1535	Advanced	<a href="#">Display</a> <a href="#">More &gt;&gt;</a>
<input type="checkbox"/>	4	therap*.fs.mp.	4464769	Advanced	<a href="#">Display</a> <a href="#">More &gt;&gt;</a>
<input type="checkbox"/>	5	treatment*.mp.	3753236	Advanced	<a href="#">Display</a> <a href="#">More &gt;&gt;</a>
<input type="checkbox"/>	6	4 or 5	6309623	Advanced	<a href="#">Display</a> <a href="#">More &gt;&gt;</a>
<input type="checkbox"/>	7	3 and 6	724	Advanced	<a href="#">Display</a> <a href="#">More &gt;&gt;</a>
<input type="checkbox"/>	8	outpatient*.mp. or exp Outpatient Clinics, Hospital/ or exp Ambulatory Care/	167752	Advanced	<a href="#">Display</a> <a href="#">More &gt;&gt;</a>
<input type="checkbox"/>	9	7 and 8	62	Advanced	<a href="#">Display</a> <a href="#">More &gt;&gt;</a>

[Remove Selected](#) [Save Selected](#) | Combine selections with: [And](#) [Or](#) [RSS](#)

[Save Search History](#)